Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

ISSN 1830-0812

LETNO POROČILO 2004

O STANJU NA PODROČJU DROG V EVROPSKI UNIJI IN NA NORVEŠKEM

SL

Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

LETNO POROČILO 2004

O STANJU NA PODROČJU DROG V EVROPSKI UNIJI IN NA NORVEŠKEM

Pravno obvestilo

Pričujoča publikacija Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA, v nadaljevanju: Center) je zaščitena z avtorskimi pravicami. Center ne sprejema odgovornosti za posledice, ki izhajajo iz uporabe podatkov iz tega dokumenta. Vsebina te publikacije ne odseva nujno uradnih mnenj partnerjev Centra, držav članic EU ali katere koli ustanove ali agencije Evropske unije ali Evropskih skupnosti.

Veliko dodatnih informacij o Evropski uniji je na voljo na internetu. Dostop do informacij je možen preko strežnika Evropa **(http://europa.eu.int)**.

Europe Direct je služba za pomoč pri odgovorih
na vprašanja v zvezi z Evropsko unijo

Brezplačna telefonska številka:
00 800 6 7 8 9 10 11

To poročilo je na voljo v španskem, češkem, danskem, nemškem, estonskem, grškem, angleškem, francoskem, italijanskem, letonskem, litovskem, madžarskem, nizozemskem, poljskem, portugalskem, slovaškem, slovenskem, finskem, švedskem in norveškem jeziku. Vse prevode je opravil Prevajalski center za organe Evropske unije.

Kataloški podatki so navedeni na koncu te publikacije.

Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti, 2004

ISBN 92-9168-214-4

© Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2004
Razmnoževanje je dovoljeno ob navedbi vira.

Printed in Belgium

NATISNJENO NA NEKLORIRANEM PAPIRJU

Evropski center za spremljanje
drog in zasvojenosti z drogami

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23–25, P-1149-045 Lizbona, Portugalska
Tel. (351) 218 11 30 00 • Faks (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • http://www.emcdda.eu.int

Vsebina

Predgovor 5

Zahvale 7

Uvodna opomba 7

Kratek pregled razmer na področju drog v Evropi 9

Poglavje 1
Nov razvoj politik in zakonov 15

Poglavje 2
Preprečevanje zlorabe drog – sodelovanje s skupnostmi in usmerjenost na tiste, ki so najbolj ogrožene 24

Poglavje 3
Konoplja 28

Poglavje 4
Stimulansi amfetaminskega tipa , LSD in druge sintetične droge 34

Poglavje 5
Kokain in crack kokain 44

Poglavje 6
Heroin in uživanje drog z vbrizgavanjem 50

Poglavje 7
Zdravljenje – zadovoljitev potreb tistih, ki imajo težave 63

Poglavje 8
Vprašanja v zvezi s kriminalom in zapori 70

Izbrano poglavje 1
Vrednotenje "nacionalnih strategij boja proti drogam" v Evropi 75

Izbrano poglavje 2
Problem konoplje v kontekstu – razumeti povečanje potreb po zdravljenju v Evropi 82

Izbrano poglavje 3
Komorbidnost 94

Literatura in viri 105

Nacionalne kontaktne točke Reitox 111

Predgovor

Letošnje letno poročilo Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA), v nadaljevanju "Center", vključuje podatke iz petindvajsetih držav članic Evropske unije in Norveške. Bogastvo predstavljenih informacij nam ne pomaga samo bolje razumeti obsega, v katerem problemi, povezani z drogami, vplivajo na državljane Evrope in skupnosti, v katerih živijo, temveč nam omogoča, da razmislimo o politikah in ukrepih, ki so jih države članice razvile kot odgovor na kompleksne in raznovrstne izzive, ki jih s seboj prinaša uživanje drog.

Tisti, ki ste seznanjeni s predhodnimi poročili Centra o stanju na področju drog v Evropi, boste morda presenečeni nad bistvenimi spremembami, ki izhajajo iz razširjene perspektive. Številne naše predpostavke o naravi in usmeritvah trendov povezanih s problemom drog je potrebno ponovno preučiti in prilagoditi, da bodo odražale stvarnost bolj kompleksnega, dinamičnega in raznolikega položaja, s katerim se danes sooča Evropa.

Vse države ne morejo zagotoviti informacij za vsa področja, ravno tako pa se ne more vseh razpoložljivih podatkov preprosto primerjati. Iz tega razloga so zagotovljene metodološke opombe in bralce opozarjamo, naj bodo v svojih zaključkih pozorni na svarila. Kljub temu pa so trenutno razpoložljive informacije o položaju drog v Evropi zanesljive in vse bolj prepričljive. Veselimo se dejstva, da vam bomo v prihodnjih letih lahko ponudili vse bolj izčrpne podatke, ko bodo trenutne naložbe držav članic obrodile sadove. Tehnično bolj osveščeni bralci ali tisti, ki želijo dobiti podrobnejše podatke o katerem koli vidiku tega poročila, lahko pregledajo popolne tabele podatkov, ki podpirajo tukaj predstavljene zbrane informacije in so na voljo v spremljajočem statističnem biltenu ter razširjeni spletni različici te publikacije. Za tiste, ki želijo samo jedrnat pregled razvoja dogodkov, nudi oddelek "Kratek pregled" ("At a glance") povzetek ključnega razvoja dogodkov, ki so nato bolj podrobno prikazani v samem besedilu poročila.

S hvaležnostjo priznavamo dejstvo, da so informacije iz tega poročila plod partnerstva in da so odvisne od dela naših partnerjev v mreži Reitox in znanstvenih izvedencev, ki so sodelovali v delovnih skupinah na nacionalni ravni in na ravni EU. Poročilo ravno tako pridobiva informacije in koristi iz našega stalnega sodelovanja z Evropsko komisijo, kot podporo vrednotenju Evropskega akcijskega načrta za področje drog (2000–2004).

Nekateri poročevalci se osredotočajo na težave, ki bi lahko nastale zaradi večje evropske integracije, zlasti zmožnost organiziranega kriminala, da pridobi koristi iz odprtja meja in prostega pretoka blaga in oseb. Poročilo takih izzivov ni spregledalo, v njem pa lahko najdete še eno sporočilo. Kot Evropejci si vse bolj delimo skupne probleme, ki nastajajo zaradi uživanja drog, vendar pa k razpravi prispevamo tudi različne izkušnje iz preteklosti in različne vidike. Podatki iz tega poročila predstavljajo skupno zavezanost naših držav članic k zbiranju primerljivih informacij in njihovi uporabi za pospešitev razvoja bolj učinkovitih in bolj ciljno usmerjenih politik in odzivov. Širitev Evropske unije nam ponuja novo priložnost za delitev naših izkušenj, ki delujejo, in za tesnejše sodelovanje pri razvoju bolje usklajenih dejavnosti.
V prizadevanju za zgoraj navedeno je Center zavezan k delu z državami članicami pri zbiranju sklopov podatkov visoke kakovosti, ki so potrebni za podpiranje ozaveščene razprave.

Marcel Reimen
Predsednik upravnega odbora Centra

Georges Estievenart
Izvršni direktor Centra

Zahvale

Center se zahvaljuje za pomoč pri pripravi tega poročila:

- vodjem nacionalnih kontaktnih točk Reitox in njihovemu osebju;
- službam v vseh državah članicah, ki so zbirale neobdelane podatke za to poročilo;
- članom upravnega odbora in znanstvenega odbora Centra;
- Evropskemu parlamentu, Svetu Evropske unije – zlasti njegovi horizontalni delovni skupini za droge – in Evropski komisiji;
- Skupini Pompidou Sveta Evrope, Uradu za droge in kriminal pri Združenih narodih, Svetovni zdravstveni organizaciji, Europolu, Interpolu, Svetovni carinski organizaciji, Švedskemu svetu za informacije o alkoholu in drugih drogah (CAN) in Centru za epidemiološko spremljanje AIDS-a (EuroHIV);
- Prevajalskemu centru za organe Evropske unije in Uradu za uradne publikacije Evropskih skupnosti;
- Prepress Projects Ltd;
- eLg Language Integration.

Uvodna opomba

Pričujoče letno poročilo temelji na podatkih, ki so jih Centru poslale države članice EU in Norveška (ki sodeluje pri delu Centra od leta 2001) v obliki nacionalnih poročil. Vsi tukaj uporabljeni statistični podatki se nanašajo na leto 2002 (ali na zadnje razpoložljivo leto). V zvezi z odzivi na uživanje drog in izbranimi vprašanji so lahko bili uporabljeni novejši podatki.

Nacionalna poročila kontaktnih točk Reitox so na voljo na spletni strani Centra (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Spletna različica letnega poročila je na voljo v 20 jezikih, ki jo lahko najdete na http://annualreport.emcdda.eu.int. Dodatno gradivo, omenjeno v sprotnih opombah z oznako OL je predstavljeno samo v spletni različici. Na voljo je v angleščini in vsebuje obilo dodatnih grafičnih prikazov, tabel in osnovnega gradiva.

Statistični bilten Centra za leto 2004 vsebuje celoten sklop izvirnih tabel, na katerih temelji statistična analiza (http://statistics.emcdda.eu.int). Poleg tega navaja tudi dodatne podrobne podatke o uporabljeni metodologiji.

Kratek pregled razmer na področju drog v Evropi

V tem delu pregleda so poudarjeni nekateri ključni razvojni dogodki iz Letnega poročila Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA, v nadaljevanju Center) za leto 2004 o stanju v zvezi z vprašanjem drog v Evropi. Celotno razpravo o tem lahko bralec dobi v samem poročilu.

Politike in pravni okvir

Med glavnimi razvojnimi dogodki, ki jih omenja poročilo, je vmesno vrednotenje akcijskega načrta, ki je rezultat posebnega zasedanja Generalne skupščine OZN leta 1998 v zvezi s svetovnim problemom drog (UNGASS). Poleg tega Center prispeva k vrednotenju akcijskega načrta EU za področje drog (2000–2004), ki se bo končal leta 2004.

Junija 2003 je Svet ministrov sprejel Priporočilo o preprečevanju in zmanjševanju škodljivih posledic za zdravje, ki jih povzroča odvisnost od drog. Ključna področja, ki jih zajema Priporočilo, vključujejo varovanje zdravja in zmanjšanje tveganja, zmanjševanje pojavnosti bolezni, ki se prenašajo prek krvi, med uživalci drog (HIV, HCV in TB), zmanjševanje smrtnih primerov, povezanih z uživanjem drog, in vzpostavljanje ustreznih mehanizmov vrednotenja. Leta 2003 je Svet ministrov tudi dosegel politični sporazum glede okvirnega sklepa v zvezi s prometom s prepovedanimi drogami. Ta sporazum je usmerjen na usklajevanje kazni in razširitev cilja delovanja na tiste kriminalne in teroristične organizacije, ki pridobivajo sredstva iz prometa s prepovedanimi drogami.

Delo v zvezi z nadzorom novih sintetičnih drog v Evropski uniji se je leta 2003 nadaljevalo s sprejetjem sklepa Sveta ministrov o izvajanju nadzornih ukrepov za 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 in TMA-2.

Leta 2003 so bili načrti za droge sprejeti na Danskem, v Nemčiji, Litvi in Sloveniji, s čimer se je povečalo število držav, ki izvajajo politiko drog v okviru celovite nacionalne strategije boja proti drogam. Ko bosta to v skladu z načrtom storili še Estonija in Francija v letu 2004, bo ta pristop sprejet v več kot treh četrtinah držav članic EU. Skupne teme iz nacionalnih strategij vključujejo zavezanost k usklajenemu pristopu glede dejavnosti v zvezi s povpraševanjem in ponudbo ter izrecno priznanje pomena usklajevanja.

Vrednotenja politike drog so lahko pomembno učno gradivo za prihodnost. Področja, ki so jih države članice v svojih poročilih v letu 2003 spremljale ali vrednotile, vključujejo vpliv nove zakonodaje o drogah; vpliv sprememb zakonskih določb v zvezi s posedovanjem drog za osebno uporabo in zlasti posedovanjem konoplje; ukrepe, ki lokalnim organom omogočajo ukrepanje v zvezi z objekti, povezanimi s trgovino s prepovedanimi drogami, ali zaradi motenja javnega reda; programe, namenjene napotitvi zasvojenih oseb na organe zunaj kazensko sodnega sistema; ukrepe proti trgovini s prepovedanimi drogami in pranju denarja. Pristopi držav članic pri merjenju nacionalnih strategij o drogah so navedeni v Izbranem poglavju o vrednotenju.

Dve državi (Belgija, Združeno kraljestvo) sta poročali o spremembah v pravni klasifikaciji konoplje. Problematično uživanje konoplje v obeh državah izrecno obravnavajo zakoni ali smernice, uvedene zakonske spremembe pa imajo vrsto pomembnih razsežnosti, ki so jih mediji pri poročanju o teh ukrepih včasih zanemarili.

Za prihodnje dejavnosti in mednarodno sodelovanje postaja vse bolj pomembno področje, ki ureja pooblastila za zaplembo sredstev preprodajalcev drog in kriminalnih združb. Španija, Francija, Irska in Združeno kraljestvo so poročale o novih napredkih na tem področju.

Vprašanje vožnje pod vplivom drog in način njene obravnave sta še vedno v ospredju pozornosti mnogih držav članic. Leta 2003 so tri države (Francija, Avstrija in Finska) uvedle pomembne spremembe, da bi tako razjasnile ali okrepile zakonodajo na tem področju.

Preprečevanje uživanja drog

Preprečevanje uživanja drog v Evropi se lahko opredeli kot delo, ki obravnava skupnost kot celoto (univerzalno preprečevanje) ali tiste, ki so najbolj ogroženi, bodisi na ravni skupin (selektivno) ali posameznikov (indikativno). Najbolj razviti modeli univerzalnega preprečevanja so

programi, ki obravnavajo šolsko populacijo, za katero je na voljo precej bogata podatkovna baza za vodenje vsebine in izvedbe programa. Vrsta držav poroča o spodbudnem napredku glede pokritosti in izvedbe programov preprečevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah. Vendar v mnogih državah ostajajo precejšnje možnosti za izboljšanje tako pokritosti kot kakovosti univerzalnega preprečevanja. Prizadevanja za univerzalno preprečevanje zunaj šole imajo prav tako precejšnje možnosti, vendar se tak pristop trenutno izvaja le v nekaterih državah.

Čeprav je pomen razvoja preventivnega dela med najbolj ogroženimi vse bolj priznan, obstaja velika potreba po vlaganju v tovrstno usmerjeno preprečevanje.

Konoplja

Konoplja še naprej ostaja najbolj pogosto uživana prepovedana snov v EU z zelo različnimi stopnjami razširjenosti med državami. Nedavne študije med 15-letnimi dijaki so pokazale, da je stopnja razširjenosti v življenjskem obdobju med manj kot 10 % do več kot 30 %, in da so najvišje stopnje zabeležene pri dečkih v Združenem kraljestvu (42,5 %). Majhen, vendar stalen delež (okoli 15 %) 15-letnih dijakov, ki so uživali konoplja v zadnjem letu, je izjavil, da so to storili 40 ali večkrat. Tako intenzivno uživanje konoplje je zaskrbljujoče, še zlasti zaradi morebitnih negativnih posledic, ki jih ta skupina tvega. To vprašanje in dejstvo, da je v Evropi zabeleženo povečano povpraševanje po zdravljenju zaradi uživanja konoplje, sta podrobneje obdelani v izbranem poglavju. Razširjenost pri nedavnem (v zadnjem letu) uživanju konoplje je visoka med mlajšimi odraslimi (15–34 let) in se v večini držav giblje med 5 % in 20 %. Videti je, da se je uživanje konoplje v devetdesetih letih močno povečalo v večini držav, vendar se je – vsaj v nekaterih državah – sedaj ustalilo.

Več kot 30 držav je navedenih kot izvor konoplje, ki je bila zasežena v Evropi, kar kaže na svetovno razsežnost proizvodnje konoplje. Evropa je največji svetovni trg za konopljino smolo (hašiš), ki večinoma prihaja iz Maroka, trenutno največjega svetovnega vira tovrstne droge. Konopljo sedaj gojijo tudi v večini evropskih držav, čeprav v vseh državah, z izjemo Nizozemske, še vedno prevladuje uvožena konoplja. Moč konoplje, ki se uvozi v Evropo, se zdi sorazmerno stabilna že vrsto let. Konoplja, ki je pridelana v EU z intenzivnimi metodami, je običajno močnejša, vendar se oba proizvoda med seboj precej pokrivata.

Stimulansi amfetaminskega tipa, LSD in druge sintetične droge

Zgodovinsko je amfetamin v Evropi druga najbolj pogosto uživana droga za konopljo. Videti je, da se to sedaj spreminja v vrsti držav, predvsem v Nemčiji, Španiji, na Nizozemskem, Finskem in v Združenem kraljestvu, kjer nedavni rezultati raziskav kažejo, da je sedaj uživanje ekstazija enako ali celo presega uživanje amfetamina. Kljub večjemu uživanju ekstazija je bilo leta 2002 v Evropi zaseženega največ amfetamina v svetovnem merilu (86 % količine). Stopnje razširjenosti uživanja ekstazija v življenjskem obdobju se na splošno gibljejo od 0,5 % do 7 % odraslega prebivalstva, čeprav so stopnje višje pri mlajših moških. Stopnje razširjenosti v življenjskem obdobju med 11 % in 17 % so bile zabeležene med 15- do 24-letnimi moškimi v Češki republiki, Španiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu. Na splošno je sedaj videti, da se je povečanje v uživanju ekstazija, ki se je pojavilo v devetdesetih letih, ustalilo, in le v nekaj državah še vedno beležijo trend rasti. Študije posameznih populacij so večkrat pokazale, da je ekstazi bolj razširjen med mladino, ki obiskuje plesne prireditve, znane kot "partyji", čeprav se po nekaterih nedavno zbranih podatkih da sklepati, da ta povezava slabi.

Smrtni primeri zaradi ekstazija so redki v primerjavi s smrtnimi primeri, povezanimi z uživanjem opiatov, vendar v javnosti zbujajo precejšnjo skrb. Problemi opredelitve in merjenja otežujejo analizo tega področja. V zadnjem letu, za katerega so bili dosegljivi podatki, je Center zabeležil manj kot 100 smrtnih primerov zaradi ekstazija. Vendar je treba ta podatek obravnavati previdno, saj nekatere države niso sporočile podatkov, kjer pa so bili na voljo toksikološki podatki, so bile mnogokrat prisotne tudi druge snovi. Okoli dve tretjini vseh poročil o smrtnih primerih, povezanih z uživanjem ekstazija, ki jih je prejel Center, je prišlo iz Združenega kraljestva, kjer trend narašča. Nejasno je, v kolikšni meri ta ugotovitev kaže visoko razširjenost uživanja ekstazija in do katere stopnje razlike v načinih poročanja.

Države članice še naprej posvečajo pozornost rekreativni uporabi stimulansov z vrsto preventivnih programov in programov za zmanjševanje škodljivih posledic, vključno z dejavnostmi na tem področju, ki so najbolj vidne v nekaterih novih državah članicah. Uživanje stimulansov amfetaminskega tipa kot primarni vzrok za začetek zdravljenja odvisnosti od drog je redko, razen na Švedskem in Finskem, ki imata dolgo zgodovino problemov zaradi kroničnega uživanja amfetaminov, ter v Češki republiki, kjer že dlje časa obstajajo problemi

zaradi uživanja "pervitina", lokalno proizvedenega metamfetamina.

Čeprav je v svetovnem merilu uživanje metamfetaminov vse večji problem, se je v Evropi uživanje te droge omejilo na Češko republiko. Vseeno pa prihajajo posamezna poročila o uživanju metamfetamina iz vrste evropskih držav, kar povečuje bojazen za morebitno nadaljnje širjenje te posebno škodljive oblike uživanja droge.

Kokain

Po ocenah nedavnih raziskav je od 0,5 % do 6 % odraslih že poskusilo kokain (razširjenost v življenjskem obdobju). Med mlajšimi odraslimi (15–34 let) se razširjenost v življenjskem obdobju na splošno giblje med 1 % in 10 %. Značilno je, da je približno polovica tistih, ki so že poskusili kokain, to storila v zadnjem letu. Številke o uživanju so višje v Španiji in Združenem kraljestvu – v obeh državah je pri odraslih razširjenost nedavnega uživanja (v zadnjem letu) nad 2 %, medtem ko je v drugih državah manj kot 1 %. To pomeni, da je razširjenost nedavnega uživanja kokaina v Španiji in Združenem kraljestvu podobna tisti v ZDA, čeprav stopnje razširjenosti v življenjskem obdobju ostajajo nižje. Trendom uživanja kokaina je težko slediti na nacionalni ravni, vendar podatki, ki so na voljo, kažejo, da se je nedavno uživanje med mladimi nekoliko povečalo na Danskem, v Nemčiji, Španiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu. Na podlagi podatkov iz lokalnih ali kvalitativnih virov poročajo o povečanem uživanju tudi iz Grčije, Irske, Italije in Avstrije.

Število zasegov kokaina se je med letoma 1997 in 2002 povečalo v vseh državah, razen v Nemčiji in Italiji. Trendi iz razpoložljivih podatkov nakazujejo, da bo analiza, ko jo bo možno opraviti, pokazala, da se je število zasegov v letu 2002 na ravni EU ponovno zvišalo. V večini držav so v tem obdobju zabeležili padec cene kokaina.

Kajenje crack kokaina (kokainske baze) je še vedno omejeno na nekatera večja mesta v Evropi, kjer se zdi uporaba najbolj razširjena v marginaliziranih skupinah. Podatki iz študij uživalcev v prostorih za uživanje drog (varnih sobah) kažejo, da je pogostnost kajenja kokaina zlati visoka pri prostitutkah. Čeprav je kajenje kokaina pri splošni populaciji redko, ga povezujejo zlasti z večjim tveganjem za povzročitev zdravstvenih in socialnih problemov.

Toksikološka analiza kaže, da se v nekaterih državah pri smrtnih primerih, povezanih z uživanjem drog, pogosto pojavlja kokain v kombinaciji z opiati. Smrtni primeri zaradi kokaina brez prisotnosti opiatov so redki, vendar se število lahko poveča. V Združenem kraljestvu se je število omemb kokaina v mrliških listih v obdobju med 1993 in 2001 osemkrat povečalo. Samo na Nizozemskem se je število smrti zaradi kokaina povečalo z 2 primerov v letu 1994 na 26 v letu 2001. Kokain lahko prispeva k smrtnim primerom zaradi srčno-žilnih težav, vendar so ti primeri v statističnih podatkih slabo zastopani.

Možnosti zdravljenja za uživalce kokaina so največkrat splošne, navadno brez farmakološkega zdravljenja. V teku so prizadevanja za izboljšanje učinkovitosti farmakoloških intervencij, vendar – razen predpisovanja takega zdravljena za lajšanje simptomov – ni jasnega soglasja o tem, kaj naj bi bila dobra praksa na tem področju. Obvladovanje zlasti uživalcev crack kokaina je lahko izziv za centre za zdravljenje odvisnosti.

Problematično uživanje drog, uživanje heroina in vbrizgavanje drog

Uživanje heroina in uživanje drog z vbrizgavanjem sta največja sestavna dela kazalca problematičnega uživanja drog Centra. Ta kazalec je sestavljeno merilo, oblikovano kot pomoč za oceno teže problema zaradi kroničnega uživanja drog, ki je večinoma prikrit. Ocene problematičnega uživanja drog se gibljejo od 2 do 10 primerov na 1 000 odraslih. Ocene velikosti populacije problematičnih uživalcev drog se razlikujejo med državami in znotraj njih. Sorazmerno visoke vrednosti so bile zabeležene na Danskem, v Italiji, Luksemburgu, na Portugalskem in v Združenem kraljestvu.

Problematični uživalci drog postajajo bolj heterogena skupina. V preteklosti je bilo v mnogih državah za problematične uživalce drog večinoma značilno uživanje heroina, vendar je vse bolj razširjeno uživanje več vrst drog in stimulansov. Čeprav je težko oceniti, se zdi, da je v mnogih državah uživanje heroina sorazmerno ustaljeno in raven novih uživalcev (incidenca) se je zmanjšala glede na stanje v devetdesetih letih. Ta analiza morda ne velja za nove države članice EU.

V svetovnem merilu zasežejo v Evropi dobro četrtino vsega heroina. Glede na zasežen heroin v EU ni mogoče opaziti jasnega trenda, na splošno pa se zdi sorazmerno ustaljen. Glede na obseg in število zasegov jih je bilo v primerjavi z drugimi državami največ zabeleženih v Združenem kraljestvu in nato v Španiji.

Omejeno količino opiatov proizvedejo v evropskih državah, vendar je proizvodnja v glavnem omejena na pridelavo izdelkov iz makovih stebel za domačo uporabo.

Nedavni podatki ne dajejo opaznih jasnih trendov glede čistosti heroina ali cene heroina na ulici.

Opiati ostajajo v Evropi glavni vzrok smrti, povezanimi s prepovedanimi snovmi. Vsako leto je zabeleženo od 8 000 do 9 000 primerov smrti zaradi prekomernega odmerka droge, vendar je ta številka skoraj gotovo prenizka. Večinoma so žrtve mladi moški srednjih ali poznih dvajsetih ali zgodnjih trideset let, čeprav starost ob smrti narašča. Kljub precejšnjim razlikam med državami, se je v EU kot celoti, število smrtnih primerov, povezanih z uživanjem drog, stalno zviševalo v osemdesetih in devetdesetih letih. Med letoma 2000 in 2001 so mnoge države beležile zmanjšanje števila smrtnih primerov, povezanih z uživanjem drog, in posledično je bilo na ravni EU majhno, vendar statistično pomembno zmanjšanje zabeleženih smrtnih primerov, in sicer z 8 838 na 8 306. Toda v primerjavi s preteklostjo ostaja število smrtnih primerov veliko.

O skrb vzbujajočem dogajanju v zadnjem času pričajo poročila o prepovedani trgovini s fentanilom, sintetičnim opiatom, ki je do 100-krat močnejši od heroina. O nedavnih zasegih poročajo iz vrste držav ob Baltskem morju in v Ruski federaciji. V Estoniji se je konec leta 2001 na trgu drog pojavil fentanil kot nadomestek za heroin, na Finskem pa so leta 2002 zasegli večjo pošiljko metilfentanila.

Študije o uživalcih heroina na zdravljenju kažejo na vidno razliko med državami glede stopnje vbrizgavanja ali kajenja droge pri uživalcih. Pri novih potrebah po zdravljenju s strani uživalcev heroina poročajo, da si jih manj kot polovica drogo vbrizgava, v nekaterih državah pa postaja vbrizgavanje droge vse manj pogosto. Drugod in zlasti, vendar ne izključno, v novih državah članicah ostaja vbrizgavanje pri uživalcih heroina pravilo. Skupne ocene razširjenosti uživanja drog z vbrizgavanjem se gibljejo od dva do šest primerov na 1 000 odraslih.

Epidemija HIV se širi v nekaterih novih državah članicah EU in v državah, ki nanje mejijo, čeprav so stopnje razširjenosti v državah EU zelo različne. V zahodni Evropi opaznejšo ustalitev ali zmanjšanje razširjenosti HIV ogrožajo posledice nekaterih novih lokalnih izbruhov, ki se pojavljajo od srede devetdesetih let, in še vedno visoke stopnje okuženosti v nekaterih populacijah.

Pogostnost okužb s hepatitisom C (HCV) ostaja velika med injicirajočimi uživalci drog v Evropi in študije ugotavljajo, da imajo protitelesa tega virusa od četrtine do skoraj vseh injicirajočih uživalcev drog, ki so sodelovali v raziskavah. V nekaterih primerih je opazna neposredna povezava med pogostnostjo okužbe s HCV in HIV. Med injicirajočimi uživalci drog v Evropi ostaja pogosta tudi okužba s hepatitisom B, kljub temu da je cepljenje na voljo. Z možno izjemo nekaterih baltskih držav ostaja razširjenost tuberkuloze med injicirajočimi uživalci drog v državah članicah EU nizka, vendar je visoka stopnja okuženosti ugotovljena v nekaterih državah, ki mejijo z EU.

Na splošno se je vlaganje v program zamenjave igel in brizg za injicirajoče uživalce drog v vsej EU povečalo. Estonija in Latvija sta hitro povečali storitve na tem področju, programi zamenjave igel in brizg pa so bili prav tako uvedeni na Severnem Irskem in v Flandriji (Belgija). Vendar se je število razdeljenih brizg v nekaterih državah z vpeljanimi programi zmanjšalo, kar morda odseva nižjo stopnjo injiciranja. Glavni trendi v razvoju nizkopražnih programov so večje integracije z drugimi službami, ki so usmerjene v preživetje, kot so zavetišča in primarne zdravstvene službe, ter večje prožnosti njihovih urnikov. Prostori za uživanje drog (varne sobe) so zagotovljeni v treh državah članicah in leta 2004 je Center objavil podrobno študijo o teh prostorih.

Zdravljenje zasvojenosti z drogami

Zdravljenje, povezano z drogami, v mnogih državah članicah vključuje uživanje opiatov ali uživanje več vrst drog, vključno z opiati. Določena oblika nadomestnega zdravljenja ostaja prevladujoči terapevtski pristop za to skupino, čeprav je v novih državah članicah nadomestno zdravljenje omejeno in je zdravljenje s popolnim prenehanjem uživanja droge še vedno najbolj razširjeno. Treba je poudariti, da v Češki republiki, na Finskem in Švedskem injicirajoči uživalci amfetaminov predstavljajo pomemben delež oseb, ki se zdravijo zaradi zasvojenosti z drogami.

Razpoložljivi podatki o osebah, ki iščejo pomoč zaradi problemov z drogami, kažejo, da so značilnosti tistih, ki iščejo pomoč, različne. Poleg injicirajočega in neinjicirajočega načina uživanja heroina, je zabeležena vrsta problemov zaradi uživanja več vrst drog, stimulansov in konoplje. Leta 2002 je kazalec potreb po zdravljenju (TDI) Centra prvič pokazal, da je konoplja v 11 državah, za katere so bili na razpolago podatki, kot droga z največjim številom strank, napotenih na zdravljenje v specialistične ambulante, zamenjala opiate. Stopnja, do katere to pomeni spremembo načina poročanja, razširitev storitev ali spremembe značilnosti tistih, ki potrebujejo pomoč, je podrobno obravnavana v izbranem poglavju o problemu konoplje v kontekstu.

Vse bolj je priznano dejstvo, da morajo biti službe za zdravljenje zasvojenosti z drogami v sklopu zagotavljanja drugih zdravstvenih storitev, posebno tistih služb, ki se ukvarjajo z marginaliziranimi in socialno prikrajšanimi skupinami. Učinkovito odzivanje tistim, ki imajo tako težave zaradi uživanja drog kot tudi psihične težave, je poseben izziv. To temo obravnava izbrano poglavje o psihiatrični komorbidnosti.

Vprašanja v zvezi z zapori

V primerjavi s splošno populacijo je zastopanost uživalcev drog v zaporih prevelika. Ocene razširjenosti uživanja drog v življenjskem obdobju se med zaporniki gibljejo med 22 % in 86 %, odvisno od populacije zapornikov, pripora in države. Zaradi sorazmerno visoke stopnje razširjenosti uživanja drog z vbrizgavanjem so zapori okolje z velikim tveganjem za širjenje nalezljivih bolezni. Ukrepi za boj proti temu vključujejo uvedbo nadomestnega zdravljenja in programe zamenjave igel in brizg v zaporih. V sklopu nacionalnih sistemov zdravstvenega varstva se vedno bolj ukvarjajo z zdravstvenimi posledicami zaradi uživanja drog v zaporih, ki jih še poslabšuje omejen dostop do storitev in ločenost zaporniških zdravstvenih služb od običajnih zdravstvenih sistemov. Pri alternativnih možnostih namesto zapora, uvedenih s spremembami v kazenski politiki, uživalce drog preusmerjajo na skoraj obvezno zdravljenje ali javno službo, s predpostavko, da je s takim posredovanjem bolje poskrbljeno za njihove potrebe.

Poglavje 1

Nov razvoj politik in zakonov

V tem poglavju je opisan nedavni razvoj politik drog v EU kot celoti in posameznih državah članicah. V večini primerov temeljijo podane informacije na spremembah, ki so se zgodile v letu 2003, to je v letu, ki je označilo začetek druge polovice Akcijskega načrta EU za področje drog 2000–2004. Poleg tega je bil leta 2003 nacionalnim vladam najavljen skrajni rok za izvedbo vmesne revizije njihovega napredka pri razvoju in izvajanju nacionalne strategije za nadzor nad drogami v skladu z Izjavo o vodilnih načelih za zmanjševanje povpraševanja po drogah, ki je rezultat posebnega zasedanja Generalne skupščine OZN leta 1998 (United Nations General assembly Special session – UNGASS) ([1]) v zvezi s svetovnim vprašanjem drog. Ker se Akcijski načrt EU 2000–2004 zaključi letos, se zdi primerno upoštevati napredek, ki je bil dosežen pri ocenjevanju teh dejanj. Center ima polno in aktivno vlogo v tem procesu, ki naj bi poenostavil dobro oblikovanje politik na področju drog. Strategije in razvoj zakonodaje na nacionalni ravni in ravni EU naj bi preučili predvsem s tega vidika.

Razvoj na ravni EU

V letu 2003 sta bila na evropski ravni sprejeta dva nova pravna instrumenta za pomoč pri reševanju problema drog. Prvi obravnava vprašanje javnega zdravja, drugi pa nedovoljen promet s prepovedanimi drogami. Druga vprašanja, ki so bila leta 2003 obravnavana na ravni EU, so vključevala ukrepe za upoštevanje novih sintetičnih drog, izvajanje usklajevalnih dejavnosti in instrumentov ter vlogo Centra.

Javno zdravje

Evropski parlament in Svet sta 23. septembra 2002 sprejela nov delovni program Skupnosti za javno zdravje (2003–2008), ki temelji na treh glavnih ciljih: zdravstvene informacije, hitro odzivanje na grožnje za zdravje in promocija zdravja z upoštevanjem dejavnikov, ki vplivajo nanj. Ukrepi, ki temeljijo na zdravstvenih informacijah in nizu promocijskih dejavnosti, so na področju drog še posebej pomembni.

Junija 2003 je Svet ministrov sprejel priporočilo z naslovom "Preprečevanje in zmanjševanje škode za zdravje, ki jo povzroča odvisnost od drog", ki je bilo maja 2002 pripravljeno na pobudo Evropske komisije. To besedilo je velik dosežek, saj gre za prvo priporočilo ES na področju javnega zdravja v zvezi z drogami, katerega cilj je zmanjšati škodo za zdravje, ki jo povzroča odvisnost od drog ([2]). Številne države članice so ugotovitve iz tega dokumenta že vključile v svoje nacionalne strategije boja proti drogam.

Dokument priporoča naslednje:

- Za zagotovitev visoke ravni zdravstvenega varstva si morajo države članice za cilj javnega zdravja zastaviti preprečevanje odvisnosti od drog in zmanjševanje s tem povezanih tveganj, ter skladno s tem razvijati in izvajati celovite strategije.
- Za bistveno zmanjšanje pogostosti nastanka škode za zdravje zaradi uživanja drog (kot so HIV, hepatitisa B in C ter tuberkuloza) in števila z drogo povezanih smrtnih primerov morajo države članice kot sestavni del svojih celovitih politik za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti zagotoviti vrsto različnih storitev in prostorov, katerih cilj je zmanjšanje tveganja.
- Države članice morajo razmisliti o natančnem seznamu ukrepov, s pomočjo katerih bodo razvile primerne ocene za povečanje učinkovitosti in uspešnosti preprečevanja drog in zmanjšanje tveganj za zdravje zaradi uživanja drog.

Države članice morajo poročati Komisiji o izvajanju tega priporočila v dveh letih po njegovem sprejetju, pozneje pa na zahtevo Komisije. To bo omogočilo spremljanje izvajanja priporočila na ravni Skupnosti in poznejši sprejem ustreznih ukrepov za izpolnjevanje ciljev Akcijskega načrta EU za področje drog.

([1]) http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm.

([2]) Za pregled vloge, ki jo ima politika zmanjševanja škode, glej Tabelo 1 OL: Vloga zmanjševanja škode.

Poleg tega priporočilo poziva Center naj Evropski komisiji nudi tehnično pomoč pri pripravi poročila v skladu z Evropskim akcijskim načrtom za področje drog upoštevajoč nadaljnje spremembe in dopolnila tega priporočila.

Promet s prepovedanimi drogami

Po ugotovitvah posebnega zasedanja Evropskega sveta leta 1999 v Tampereju na Finskem in na podlagi Strategije in akcijskega načrta EU za področje drog je Evropska komisija Svetu in Evropskemu parlamentu predložila predlog za okvirni sklep o določitvi "minimalnih določb o elementih kaznivih dejanj in kaznih na področju nedovoljenega prometa s prepovedanimi drogami". Svet ministrov je novembra 2003 dosegel politični sporazum glede tega prvega okvirnega sklepa na področju nedovoljenega prometa s prepovedanimi drogami. Zadevni okvirni sklep velja za ključni instrument pri reševanju vprašanja nedovoljenega prometa s prepovedanimi drogami, saj postaja usklajevanje kazni za kršitve pri trgovanju s prepovedanimi drogami v razširjeni EU vse bolj pomembno.

Temeljno načelo tega okvirnega sklepa je, da morajo države članice kriminalizirati ne samo promet s prepovedanimi drogami, temveč tudi vsak poskus opravljanja zadevnega prometa ali vsakršno spodbujanje, pomoč in podporo drugim osebam pri prometu s prepovedanimi drogami. Ukrepi iz tega okvirnega sklepa so usmerjeni na trgovce z drogami in kriminalne ter teroristične organizacije, ki pridobivajo sredstva za financiranje svojih nezakonitih dejavnosti iz prometa s prepovedanimi drogami.

Zadevni okvirni sklep predvideva uvedbo sankcij za vse osebe, ki sodelujejo na kateri koli stopnji prometa s snovmi, ki so zajete v konvencijah Združenih narodov in sklepih EU: proizvodnji, ponudbi za prodajo, prevozu, distribuciji in posedovanju ali nakupu z namenom preprodaje. Od držav zahteva, naj zagotovijo, da "se kršitve ... lahko kaznujejo s kaznimi od najmanj 1 do 3 let zapora" ali med 5 in 10 let zapora, če kršitve vključuje velike količine drog ali droge, ki povzročajo največ škode za zdravje. Jedro tega okvirnega sklepa je, da določa skupno opredelitev tega, kar šteje za promet s prepovedanimi drogami na ravni EU, in priporočene kazni za to kršitev znotraj EU. Za dosego soglasja med državami članicami je bilo treba premostiti nacionalne razlike glede opredelitve osebne uporabe. Zaradi tega so kršitve, povezane z osebno uporabo drog, kot je opredeljena v nacionalnem pravu držav članic, izključene iz okvirnega sklepa.

Okvirni sklep bo začel veljati na dan objave v *Uradnem listu Evropske unije*, države članice pa bodo imele na voljo 18 mesecev, da sprejmejo vse potrebne ukrepe za upoštevanje tega instrumenta.

Nove sintetične droge

Pri nadaljnjem opravljanju nalog nadzorovanja novih sintetičnih drog je Svet ministrov novembra 2003 sprejel Sklep o nadzornih ukrepih in kazenskih sankcijah za nove sintetične droge 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 in TMA-2. Te snovi, ki niso naštete v nobeni od prilog h Konvenciji Združenih narodov o psihotropnih snoveh iz leta 1971, bodo sedaj predmet nadzornih ukrepov in kazenskih sankcij v državah članicah.

Oktobra 2003 je Komisija predstavila osnutek Odločbe Sveta, ki nadomešča Skupni ukrep iz leta 1997 v zvezi z izmenjavo informacij, oceno tveganj in nadzorom novih sintetičnih drog ([3]). Ta pobuda je neposredno povezana z rezultatom zunanjega vrednotenja združenih ukrepov, ki ga je izvedla Komisija v skladu z Akcijskim načrtom Evropske unije za področje drog 2002–2004. Cilj predlaganih novih pravnih instrumentov je razjasnitev definicij in postopkov, njihov obseg pa se razširi na vse nove sintetične in ostale droge.

Usklajevanje

Novembra 2003 je Komisija sprejela tudi Sporočilo o dejavnostih in instrumentih usklajevanja na področju drog v EU. Sporočilo temelji na ugotovitvah študije, ki jo je organiziral Center v sodelovanju s Komisijo, o obstoječi ureditvi in mehanizmih za usklajevanje v državah članicah ([4]). Sporočilo potrjuje, da je usklajevanje bistvenega pomena, če se hoče Evropa učinkovito odzvati na kompleksnost pojava drog in njegovih posledic.

Vloga Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

Decembra 2003 je Komisija končno predlagala preoblikovanje predpisov, ki urejajo delovanje Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami. Predlog, ki ga bo obravnaval Svet v letu 2004, zajema več področij, vključno s spremembami temeljnih predpisov, spremembami za okrepitev vloge Centra v kontekstu novih vzorcev uživanja drog in širitve EU ter spremembami za upoštevanje vloge Centra kot organa, ki prispeva k vrednotenju Akcijskega načrta EU za področje drog.

([3]) UL L 167, 25.6.1997, str. 1–3.
([4]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356.

Nacionalne politike

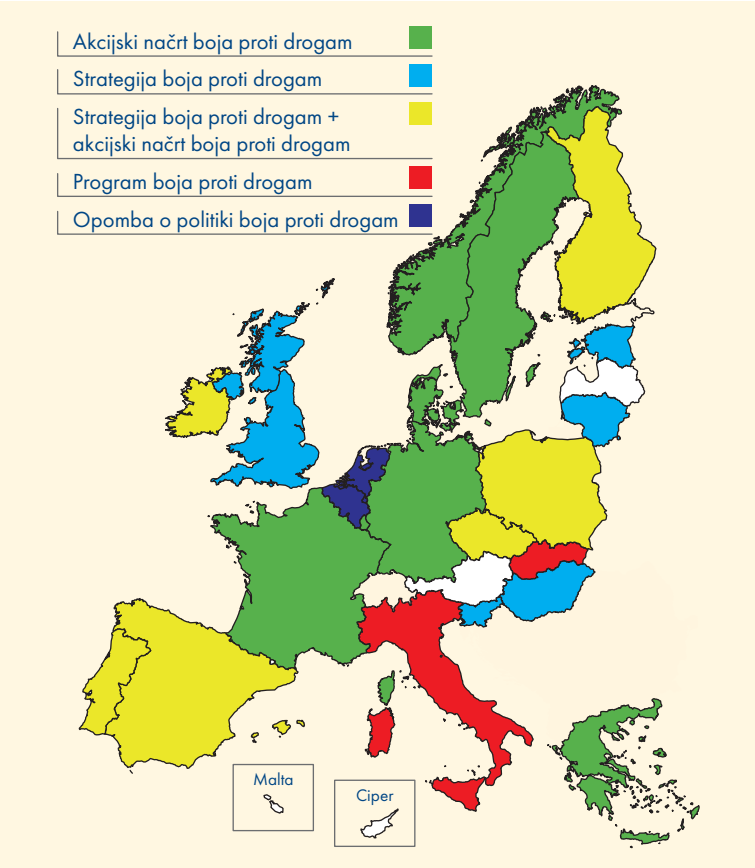
"Strategije boja proti drogam" ([5])

O trendu držav članic, da sprejmejo "nacionalno strategijo boja proti drogam", ki je temelj politike drog EU, se je poročalo v lanskem letnem programu, isti trend pa se je nadaljeval tudi v letu 2003 (Slika 1). Leta 2003 so bili načrti in programi za droge sprejeti na Danskem, v Nemčiji, Litvi in Sloveniji, leta 2004 naj to storila tudi Estonija, Francija ([6]), kar pomeni, da je skupno število držav članic, ki izvajajo politiko drog v okviru celovite nacionalne strategije boja proti drogam, 21 od skupaj 25 držav (22 od skupaj 26 držav, če upoštevamo tudi Norveško) ([7]) ([8]).

Dejstvo, da se "nacionalne strategije boja proti drogam" izvajajo v tako širokem obsegu in v relativno kratkem časovnem obdobju (1997–2004) ([9]) na dobro opredeljenem geografskem območju, ponuja možnost za primerjavo tega pojava v različnih državah članicah in oblikovanje skupne perspektive EU.

Prva ugotovitev je, da postaja vse bolj običajno sprejemanje celostnega pristopa k politiki drog, ki vključuje dejavnosti zmanjševanja povpraševanja in ponudbe, tako imenovanega "uravnoteženega pristopa" ([10]). Vsi analizirani dokumenti kažejo to značilnost. Drugič, usklajevanje ima vse bolj pomembno vlogo. Nacionalne strategije za droge se vedno bolj izvajajo na centralno usklajen način (večina držav EU ima nacionalne agencije za usklajevanje in nacionalne koordinatorje ([11])), čeprav v tesnem sodelovanju z regionalnimi in lokalnimi agencijami. Tretjič, večjo pozornost se posveča posegom na terenu in spremljanju ter ocenjevanju izvajanja kot orodij za zagotavljanje odgovornosti za organe odločanja (glej izbrano poglavje o vrednotenju, str. 75).

Slika 1: Različne "nacionalne strategije boja proti drogam"



Opombe: Teoretično razlikovanje med **politiko boja proti drogam**, **nacionalno strategijo boja proti drogam** (ki mora opredeljevati splošna načela in okvir ter usmeritev) in **akcijskim načrtom** (ki strategijo udejanji, pri čemer navede podrobne posebne ukrepe) v različnih nacionalnih dokumentih ni vedno ohranjeno. Zaradi razlik med državami nacionalne strateške dokumente opisujemo tako, kot so uradno predstavljeni, ne da bi pri tem poskušali uskladiti opredelitve ali jih medsebojno primerjati.

Vir: Nacionalne strategije držav članic.

Vendar pa obstajajo pomembne organizacijske in vsebinske razlike "nacionalnih strategij boja proti drogam". Na primer, stopnja predloženih podrobnih

([5]) Ker se struktura in vsebina nacionalnih strategij boja proti drogam med državami močno razlikujeta, to poročilo ne poskuša uskladiti opredelitev in konceptov. Tako izraz "nacionalna strategija boja proti drogam" (v navednicah) pomeni kateri koli uradni dokument, ki ga odobri vlada in ki opredeljuje splošna načela in posebne pobude/cilje, ki jih je treba doseči (v določenem času) na področju drog, in ki je uradno predstavljen bodisi kot strategija boja proti drogam bodisi kot program dela, politične note itd. Za dodatne informacije glej poročilo Centra *National strategies and coordination mechanisms* (*Nacionalne strategije in mehanizmi usklajevanja*) (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

([6]) Glej Polje 1 OL: Nedavno sprejete nacionalne strategije boja proti drogam.

([7]) Čeprav Norveška ni članica EU, je članica Centra. Od 25 držav članic EU samo štiri države (še) nimajo tako imenovane nacionalne strategije za droge: Ciper, Latvija, Malta in Avstrija. Na Cipru in v Latviji je strategija za droge v pripravi. V Avstriji ima vsaka dežela lasten načrt, čeprav ni zvezne strategije za droge.

([8]) Glej Tabelo 2 OL: Sedanje "nacionalne strategije boja proti drogam" na področju drog v državah EU.

([9]) V ta časovni okvir je vključena Nizozemska, ki predstavlja svojo politiko boja proti drogam v dokumentu *Drug policy in the Netherlands: continuity and change (1995) - Politika boja proti drogam na Nizozemskem: stalnost in spremembe (1995)* in v različnih nadaljnjih dokumentih (XTC 2001, Cocaine 2002, Cannabis 2004 - XTC 2001, Kokain 2002, Konoplja 2004).

([10]) Načelo uravnoteženega pristopa je bilo opredeljeno v politični izjavi Generalne skupščine OZN (UNGASS) leta 1998: "uporabljal se bo uravnotežen pristop med zmanjševanjem povpraševanja in zmanjševanjem ponudbe, od katerih bo eno zmanjševanje krepilo drugo, v okviru vzajemnega pristopa k reševanju problema". V tem poglavju se ne ocenjuje obsega, v katerem so države članice dosegle "uravnotežen pristop"; ugotavlja se le, da se takemu pristopu posveča vse več pozornosti.

([11]) Za podrobnejše informacije glej http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360.

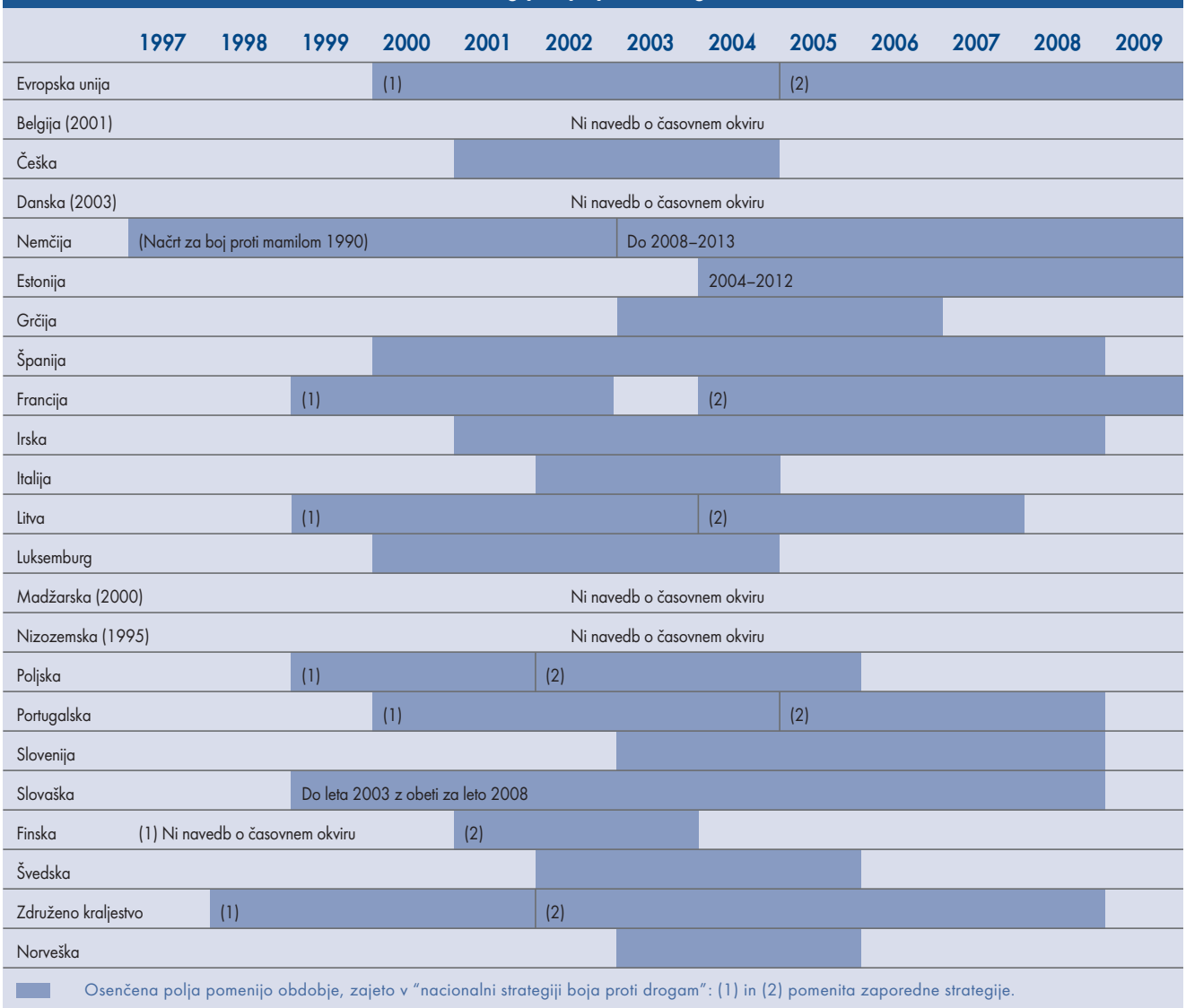
podatkov in poudarek na ukrepe in cilje, se zelo razlikujeta. Nekateri dokumenti so sestavljeni tako, da omogočajo spremljanje navedenih ukrepov in celovitega izvajanja; drugi so manj podrobni in predstavljajo splošne cilje, vendar jih ne povezujejo z operativnimi cilji, ciljnimi skupinami ali kazalci učinkovitosti. Dokumenti s področja politike drog se razlikujejo tudi po uporabi terminologije: nekatere države so sprejele akcijske načrte, druge imajo strategije, nekatere pa izvajajo programe. Drži, različni politični cilji in obravnavane teme lahko prikažejo zelo široko sliko, ki odraža precej različne scenerije "nacionalnih strategij boja proti drogam" (Slika 1). Kljub temu da so ti trije izrazi zamenljivi ([12]), ne odsevajo nujno razlik v političnih ciljih ali obravnavanih temah.

Še en vidik, ki se po državah članicah razlikuje, je časovni okvir nacionalne strategije boja proti drogam. Večina držav je sprejela časovni okvir 3–5 let; vendar v nekaterih državah strategija pokriva obdobje 8–10 let, v drugih pa časovni okvir sploh ni naveden (Tabela 1). S tem v zvezi je treba preučiti povezavo med "nacionalnimi strategijami boja proti drogam" in Akcijskim načrtom EU za področje drog.

Razlike v vsebini lahko odsevajo različne politične cilje ali razlike v nacionalnih značilnostih pojava drog. Tukaj poročamo samo o dveh najpomembnejših področjih razlik: obravnavanih snoveh in glavnih ciljih strategij.

Čeprav se nacionalne strategije boja proti drogam navadno usmerjajo predvsem na razvrščene droge, pa

Tabela 1: Časovni okvir "nacionalnih strategij boja proti drogam"



([12]) Strategija boja proti drogam se lahko opredeli kot "združevalna tema, okvir za določanje, skladnost in usmerjanje" in kot akcijski načrt v smislu "sheme ali programa za podrobne posebne ukrepe" (*Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review, November 2002 - Strategije in usklajevanje na področju drog v Evropski uniji, opisni pregled*, november 2002: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

številni dokumenti obravnavajo tudi tako imenovane dovoljene droge, še posebej alkohol in tobak, zlasti pri obravnavi področij izobraževanja, preprečevanja in zdravljenja (Tabela 2). V nekaterih državah ima ta obravnava obliko posebnih ukrepov in projektov, v drugih državah pa so "dovoljene droge" le omenjene. Mnoge države, ki v svoje strategije "boja proti drogam" vključujejo alkohol, imajo tudi nacionalni akcijski načrt za alkohol.

Čeprav imajo vse države enake splošne cilje (zmanjšanje povpraševanja, zmanjšanje ponudbe itd.) in Akcijski načrt EU 2000–2004 zastavlja šest skupnih ciljev ([13]), pa se način predvidenega uresničenja teh ciljev razlikuje glede na splošni cilj politike drog. Glavna razlika je v tem, da je v nekaterih državah cilj doseči "družbo brez drog", medtem ko je v drugih glavni cilj zmanjšati negativne posledice drog za posameznike in družbo. Vendar položaj ni jasen: večina "nacionalnih strategij boja proti drogam" ta dva cilja zamenjuje (celo dodaja druge cilje) in večjo težo pripisuje enemu ali drugemu. Izbrani cilj (in obseg, v katerem se poudarja njegovo uresničenje) oblikuje ukrepe, ki izvirajo iz "nacionalnih strategij boja proti drogam".

Tabela 2: "Dovoljene droge" v nacionalnih strategijah boja proti drogam

Država	Alkohol	Tobak	Akcijski načrt za alkohol ([1])
Belgija	●	●	Ne
Češka	●	●	Ne
Danska	–	–	Da
Nemčija	●	●	Da
Estonija	○	○	Da
Grčija	●	–	Ne
Španija	●	●	Ne
Francija	●	●	Da
Irska	●	○	Da
Italija	○	–	Da
Litva	–	–	Da
Luksemburg	–	–	Ne
Madžarska	●	○	Da
Nizozemska	●	●	Da
Poljska	○	○	Da
Portugalska	●	○	Da
Slovenija	○	○	Ne
Slovaška	●	●	Ne
Finska	–	–	Da
Švedska	–	–	Da
Združeno kraljestvo	○	○	Da
Norveška	●	●	Da

• Ukrepi so predvideni; ○ snov je omenjena; ni na voljo.
([1]) Zbirka podatkov o alkoholu pri Svetovni zdravstveni organizaciji (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs).

Ob priznavanju, da so razlike potrebne za obravnavo posebnih političnih tem kot tudi lokalnih značilnosti in kultur, je bilo veliko truda vloženega v usklajevanje na evropski ravni. Sprejetje usklajenega enotnega pristopa EU do drog (Stategije EU v boju proti drogam in Akcijskega načrta EU 2000–2004), ki je bil utrjen in strukturiran v zadnjih letih, naj bi se nadaljeval tudi v prihodnje.

Vprašanje o prihodnji usmeritvi politike drog v razširjeni EU in vprašanje, ali se bo 25 različnih nacionalnih strategij za droge (brez upoštevanja regionalnih in lokalnih strategij) sčasoma povezalo pod okriljem strategije EU, ostajata odprti. Države članice EU bi lahko skupaj razpravljale o vprašanjih, ki bi lahko bila zanje zanimiva, kot so na primer vrste instrumentov (strategija, programi, akcijski načrt), kot tudi njihovo trajanje, sestavna načela in merila ter glavni cilji.

Nacionalne politike: vrednotenje zakonov ([14])

V zadnjih letih je opaziti naraščanje trenda vrednotenja ali poročanja o vrednotenju novih zakonov (o njihovem izvajanju in/ali njihovem vplivu). Na področju drog se zakone, ki urejajo to področje, spremlja in vrednoti z različnih vidikov, vključno z osnovnim zakonom, ki prepoveduje uporabo ali posedovanje, odzivi na kršitve povezane z drogami in bojem proti prometu s prepovedanimi drogami in pranju denarja. V nekaterih državah se izvedejo in ovrednotijo pilotni programi, preden začne program dejansko potekati po celi državi.

Od leta 1999 na primer Belgija, Češka republika, Nemčija, Madžarska, Švedska in Združeno kraljestvo poročajo o neki obliki spremljanja ali vrednotenja različnih vidikov osnovnih zakonodajnih predpisov, ki se nanašajo na kršitve v zvezi z uporabo ali posedovanjem drog. Rezultat tega so velike spremembe v zakonodaji o drogah v Belgiji, na Madžarskem in v Združenem kraljestvu.

([13]) (1) V petih letih bistveno zmanjšati razširjenost uživanja drog in pridobivanja novih uživalcev drog, predvsem med mladimi uživalci, starimi manj kot 18 let; (2) v petih letih bistveno zmanjšati pogostost nastanka škode za zdravje zaradi uživanja drog (HIV, hepatitis, tuberkuloza itd.) in število smrtnih primerov, povezanih z drogo; (3) bistveno povečati število uspešno zdravljenih odvisnikov; (4) v petih letih bistveno zmanjšati razpoložljivost prepovedanih drog; (5) v petih letih bistveno zmanjšati število kaznivih dejanj, povezanih z drogami; (6) v petih letih bistveno zmanjšati pranje denarja in prepovedan promet s predhodnimi sestavinami.

([14]) Za razširjeno različico tega razdelka glej Polje 2 OL: Nacionalne politike: vrednotenje zakonov

Središče razprav in vrednotenj je bilo oceniti učinek kriminalizacije. Med pobudami vrednotenj smo poudarili dve, ki sta kljub navidez podobni situaciji pripeljali do različnih rezultatov. Madžarska in Švedska sta pred kratkim ocenili učinek kriminalizacije uporabe drog. Marca 1999 je bil madžarski Kazenski zakonik spremenjen in sicer je uvrstil uporabo drog med kazniva dejanja, možnost, da se storilce napoti na terapijo, pa se je omejila na odvisnike. Vendar pa so kasnejše znanstvene študije pokazale, da cilj zmanjšanja zlorabe, uživanja in prometa z drogami ni bil dosežen. Število ljudi, ki so poskusili drogo, število registriranih kršitev in storilcev se je še naprej povečevalo. Poleg tega je bila zaradi sprememb v zakonodaji razvrstitev drog težja in pravni postopki bolj zapleteni, imele pa so tudi negativen vpliv na vedenje udeležencev na trgu drog. Avtorji študije so zaključili, da so bila kaznovanja prestroga in niso upoštevala dejstva, da mladi ne postanejo uživalci drog, ker bi bili kriminalci po naravi, ampak zaradi drugih okoliščin. Upoštevajoč izsledke študije je bilo 1. marca 2003 uvedeno novo dopolnilo, ki razveljavlja prejšnje spremembe.

Na Švedskem je leta 2000 Državni urad za preprečevanje kriminala raziskal vplive predpisov iz leta 1988 (poostreni 1993), po katerih je uporaba drog postala kršitev. Raziskava je pokazala, da je uvedba teh predpisov vplivala na močno povečanje aretacij zaradi prekrškov povezanimi z drogami. Čeprav je bilo med aretiranimi mnogo dobro znanih uživalcev prepovedanih drog, so bili med njimi tudi mladi, prej neznani uživalci. Pomemben razlog za sprejetje teh predpisov je bila možnost, da se mlade uživalce zgodaj odkrije in poročilo se zaključi s spoznanjem, da je bilo to doseženo. Poročilo obravnava tudi vpliv predpisov na trg drog (ki se je stopnjeval), v zaključku pa navaja, da ni nobenih jasnih znamenj, da bi kriminalizacija uporabe drog imela na mlade zastraševalen učinek.

Z ozirom na druge odzive je bilo v Združenem kraljestvu ovrednotenih več pravnih instrumentov, ki obravnavajo storilce kršitev, povezanih z drogami, kot so obvezna testiranja po kršitvah, storjenih z namenom okoriščanja, sodišča za droge in programi za napotitev prijetih na zdravljenje. Drugi načini ravnanja s storilci kršitev, povezanih z drogami so bili ovrednoteni v Nemčiji (zdravljenje namesto kaznovanja), na Irskem (programi za napotitev aretiranih na zdravljenje) in na Nizozemskem (obvezno zdravljenje).

Nizozemska poleg tega uporablja tehnike vrednotenja za oceno učinkovitosti nedavno sprejetih zakonov o boju proti prometu z drogami (pridržanje kurirjev) in pranju denarja (javna naročila). Na Švedskem vključujejo direktive vladnih oblasti posebne zahteve za vlado, da ovrednoti organiziranost in vključenost policije v boju proti drogam. Tehnike vrednotenja so bile uporabljene tudi za izboljšanje odzivov na lokalno preprodajanje drog in motenje javnega reda in miru, kot je na primer usklajevanje lokalnih odzivov na Irskem, moč zaprtja prostorov na Nizozemskem in možnost zahtevati ponovno preverjanje vozniških sposobnosti v Nemčiji.

Vrednotenje postaja čedalje pomembnejše orodje pri spopadanju z vsemi vidiki težav, povezanimi z drogami. Taka vrednotenja zakonov lahko podajo oceno o njihovem izvajanju in učinkovitosti. Na splošno so poročila o vrednotenjih podprla pomembnost preučevanih odzivov politik. Še več, pripravljenost spremeniti politiko na podlagi rezultatov vrednotenja, kot se je to zgodilo na Madžarskem, kaže na novo zaupanje v z dokazi podprte raziskave, ki ga je do sedaj pogosto primanjkovalo. Ta dobrodošel trend vrednotenja predstavlja del splošnejše tendence o bolj odgovorni javni upravi, ki se čedalje bolj naslanja na pojme, ki so tradicionalno povezani z zasebnim sektorjem, kot so cilji delovanja in stroškovna učinkovitost.

Razvoj nacionalne zakonodaje

Zakonodaja o konoplji

Lani je bila konoplja prerazvrščena v dveh državah in v obeh primerih je to pritegnilo veliko medijsko pozornost, ki pa ni bila vedno točna. Paket dveh zakonov, uredbe in direktive o kazenskopravnem pregonu je v Belgiji sprožil več sprememb pravnega okvira, od katerih je bila morda najpomembnejša uvrstitev proizvodov iz konoplje v različno pravno kategorijo kot druge droge. Uvedene so bile nove kršitve, tako da bi polnoletna oseba, ki zagreši prvo ali drugo kršitev zaradi posedovanja konoplje za osebno uporabo, če ni znakov neupoštevanja predpisov ali problematične uporabe drog, dobila samo denarno kazen in bi se morala prijaviti pri policiji. Direktiva o kazenskopravnem pregonu opredeljuje, da znaša količina konoplje, ki zadostuje za osebno uporabo, največ 3 grame ali eno rastlino. Neupoštevanje predpisov se lahko kaznuje z zaporno kaznijo od treh mesecev do enega leta in/ali denarno kaznijo v višini od 5 000 do 500 000 evrov, oteževalne okoliščine, kot so posedovanje v prisotnosti mladoletnih oseb, pa bodo imele za posledico stroge kazni.

V Združenem kraljestvu so bili konoplja in njeni derivati ustrezno prerazvrščeni iz razredov B in A v razred C v skladu z britanskim sistemom razvrščanja. Posledično je bila najvišja kazen za posedovanje za osebno uporabo zmanjšana s petletne na dveletno zaporno kazen, vendar

posedovanje konoplje še naprej ostaja kaznivo dejanje. Dva povezana dejavnika, najvišja kazen za posedovanje z namenom preprodaje in status posedovanja konoplje kot kršitev, za katero je zakonsko predpisana zaporna kazen, pa sta ostala nespremenjena kot posledica vzporednega zakonskega ukrepa. Vendar je bilo v smernicah, ki jih je pripravilo Združenje višjih policijskih častnikov (Association of Chief Police Officers), priporočeno, naj policija odvzame prostost samo v določenih okoliščinah, ki vključujejo kajenje na javnem mestu ali v bližini mladoletnih oseb. Osebam, mlajšim od 18 let, naj bi še vedno odvzeli prostost, tako da se jih lahko pošlje na zdravljenje.

Tako Belgija kot Združeno kraljestvo problematično uživanje konoplje v svojih zakonih ali smernicah obravnavata posebej, ta vidik pa je v tem poročilu obravnavan pozneje.

Zaplemba premoženja

V zadnjem letu so številne države spremenile svojo zakonodajo v zvezi z zaplembo premoženja preprodajalcev ali upravljanjem sredstev, pridobljenih iz takega premoženja. Na Irskem je Urad za kriminalno premoženje (Criminal Assets Bureau – CAB) dal pobudo, ki vključuje sodelovanje z Nacionalno enoto za droge (Garda National Drugs Unit – GNDU) za prepoznavanje in določanje premoženja lokalnih preprodajalcev drog. V Združenem kraljestvu je Zakon o premoženjskih koristih, pridobljenih s kaznivimi dejanji (Proceeds of Crime Act – 2003) ustanovil Agencijo za odvzem premoženja (Assets Recovery Agency) in v skladu z novo zakonodajo imajo policaji in cariniki pooblastilo zaseči in iskati denar. Zakon zajema ukrepe, ki bodo v pomoč preiskovalcem pri odkrivanju premoženjskih koristi, pridobljenih s kaznivimi dejanji, in preiskovanju pranja denarja.

Na Škotskem so bila okrepljena pooblastila izvršnih organizacij in organizacij pregona, da se jim omogoči zaseg sredstev tako v kazenskih kot tudi civilnih primerih.

V Španiji nov zakon, sprejet leta 2003, ki s predpisi ureja sredstva, zasežena med prometom s prepovedanimi drogami, razveljavlja zakon iz leta 1995 o tej zadevi. Novi zakon si prizadeva pospešiti prenos dokumentov, ki so potrebni za identifikacijo in prostorsko opredelitev zaseženega blaga, ter razširja obseg upravičencev do sredstev, da se lahko med slednje vključi tudi mednarodna in nadnacionalna telesa ter tuje vlade. Na Nizozemskem je študija zakonodaje o zaplembi 10 let po začetku njene veljavnosti preiskovala naravo in obseg premoženja 52 velikih kriminalnih organizacij, ki so bile v tem obdobju pripeljane pred sodišče. Študija je ugotovila, da je bilo mogoče zapleniti samo 10 % ocenjenega protipravno pridobljenega denarja, še vedno pa je težko natančno dokazati, koliko denarja je bilo pridobljenega protipravno. Preiskovalci priporočajo izboljšanje strokovnega znanja in izkušenj na področju preiskovanja finančnega kriminala. V Franciji okrožnica Oddelka za kriminalne zadeve in oprostitve kazni (Department of Criminal Affairs and Reprieves) iz leta 2002 določa natančna pravila delovanja in organizira spremljanje

Pranje denarja

Trenutno je zaradi pomanjkanja zanesljivih podatkov nemogoče natančno oceniti celoten iztržek prometa s prepovedanimi drogami. Vseeno pa Europol (2002) poroča o "soglasni" številki 2–5 % svetovnega bruto domačega proizvoda. Zdi se, da je promet z drogami še vedno največji posamični vir opranih sredstev. Mednarodno pranje denarja neizogibno vključuje nedovoljeno ali neobičajno čezmejno gibanje kapitala ali blaga, kot je zlato, platina ali diamanti (WCO, 2003c).

V dejavnost pranja denarja so vključena ruska in turška kriminalna združenja. Načini, ki jih uporabljajo kriminalna združenja za prikrivanje nezakonitega izvora svojih sredstev, so vse bolj prefinjeni, pogosto pa vključujejo tudi zaposlovanje računovodij in odvetnikov.

Spremembe Direktive Sveta 91/308 o pranju denarja podajajo mnogo širšo opredelitev pranja denarja, ki temelji na širšem obsegu predhodnih kaznivih dejanj, in širijo obveznost poročanja za neodvisne pravne strokovnjake.

Razširjena pooblastila Europola od januarja 2002 dajejo organizaciji pristojnosti za vse operacije pranja denarja, za katere je našteto predhodno kaznivo dejanje v Prilogi 2 Konvencije o Europolu (Europol, 2002).

Interpol je vzpostavil mrežo strokovnih kontaktnih točk v vsaki državi članici, tako da se informacije o pranju denarja lahko hitreje in učinkoviteje širijo (Interpol, 2002). Mreža za izvrševanje carinske zakonodaje (Customs Enforcement Network – CEN) je elektronski informacijski in komunikacijski sistem, ki ga je razvila Svetovna carinska organizacija in je začel delovati junija 2000. Junija 2003 je imel več kot 700 uporabnikov iz 130 držav, zasegov denarja pa je bilo čez 700. Med letoma 2002–2003 je Delovna skupina za finančno ukrepanje (Financial Action Task Force – FATF) dosegla velik napredek v boju proti pranju denarja. FATF je uspešno zaključil revizijo 40 priporočil (FATF, 2003a). Posebna pozornost je bila namenjena boju proti zlorabi alternativnih sistemov nakazovanja (FATF, 2003b).

sredstev, zaseženih v okviru nedovoljenega prometa s prepovedanimi drogami ali pranja denarja, na podlagi ugotovitve, da sklad za politiko boja proti drogam, ustanovljen 1995, ni prejel nobenih znatnih sredstev.

Droge in vožnja

Tri države v EU so bistveno spremenile svoje zakone, ki obravnavajo vožnjo po zaužitju drog. V Avstriji je leta 2003 začela veljati 21. sprememba Zakona o cestnem prometu, ki policistom omogoča, da vozniku odredijo odvzem vzorca krvi za preskus, če obstaja sum zmanjšane sposobnosti za vožnjo zaradi vpliva drog. Kazni v primeru pozitivnega preskusa in posledice, če voznik odkloni preskus, so enake kot za vožnjo pod vplivom alkohola. Poleg tega po tem zakonu pozitiven rezultat nima za posledico policijske prijave zaradi kršitve Zakona o drogah, temveč samo obvestilo okrožnim zdravstvenim organom.

V Franciji nov zakon, uveden februarja 2003, določa, da je vožnja po zaužitju snovi ali rastlin, ki so razvrščene kot droge, posebna kršitev in predpisuje, da je treba odrediti preskus za vse voznike, ki so bili vpleteni v prometno nesrečo s smrtnim izidom. Kazni so še strožje, če so bile droge zaužite v kombinaciji z alkoholom. Poleg tega je treba voznike, ki so bili vpleteni v prometno nesrečo, pri kateri je prišlo do osebne poškodbe, rutinsko preskusiti, če obstaja razlog za sum, da je bil voznik pod vplivom drog. Orožniki in policija lahko tudi naključno preskušajo voznike.

Na Finskem revidirano 23. poglavje Kazenskega zakonika določa, da mora biti vsaka oseba, za katero se ugotovi, da je vozila z aktivno narkotično snovjo ali njenim metaboličnim derivatom v krvi, obtožena vožnje pod vplivom alkohola, razen če je zadevno snov predpisal zdravnik. V primeru, da je sposobnost vožnje zmanjšana, bo voznik obtožen vožnje pod vplivom alkohola, ne glede na to, ali je bila snov predpisana ali ne. Če je sposobnost vožnje zmanjšana v takem obsegu, da je ogrožena varnost drugih oseb, lahko obtožba kvalificirane vožnje pod vplivom alkohola pripelje do minimalne kazni v višini 60 dnevnih enot ali zaporne kazni največ dveh let.

Junija 2003 je Evropska pravna zbirka podatkov o drogah (ELDD – European Legal Database on Drugs) objavila primerjalno študijo ([15]) o pravnem okviru v zvezi z drogami in vožnjo v 16 državah in poročala, da kljub temu, da je vožnja pod vplivom drog prekršek v vseh državah, obstajajo velike razlike glede pooblastil policije za preskušanje voznikov, vključenih snovi in razpoložljivih sankcij. Center je zadevno študijo predstavil na seminarju Skupine Pompidou pri Svetu Evrope o cestnem prometu in psihoaktivnih snoveh junija 2003.

([15]) http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf.

Poglavje 2

Preprečevanje zlorabe drog – sodelovanje s skupnostmi in usmerjenost na tiste, ki so najbolj ogrožene

Cilj ukrepov za preprečevanje zlorabe drog je zmanjšati število oseb, ki so vpeljane v zlorabo snovi ali, pogosteje, časovno odložiti zlorabo drog na poznejšo starost in na ta način zmanjšati vsaj obseg problema drog (Rhodes et al., 2003). Preprečevanje zlorabe drog vključuje izobraževanje o drogah in opozarjanje na njihove nevarnosti, vendar ni omejeno zgolj na to. Ta z drogami povezan element je dejansko le majhen del preprečevanja zlorabe drog. Učinkovite strategije združujejo informacije o snoveh z izbranimi vedenjskimi in kognitivnimi (normativnimi prepričanji) tehnikami, ki imajo preprečevalne učinke na vedenje, povezano z uživanjem drog (Flay, 2000).

Preprečevanje se razvršča glede na ciljno skupino. Univerzalno preprečevanje je večinoma usmerjeno v (navadno mlade) populacije, npr. v šolah, brez upoštevanja skupin, ki so posebej ogrožene, medtem ko je selektivno preprečevanje osredotočeno na ranljive skupine, indikativno preprečevanje pa na ranljive posameznike. Čeprav je preprečevanje v vzgojno-izobraževalnih ustanovah pogosto politična prednostna naloga, pa je še vedno vprašljivo, ali je to tudi dejansko glavni steber preprečevanja. Ker so finančna sredstva za preprečevanje omejena in so se v nekaterih državah celo zmanjšala (npr. v Franciji so se proračunska sredstva za preprečevanje zlorabe drog zmanjšala s 15 milijonov EUR leta 2001 na 11 milijonov EUR leta 2002), je vedno bolj pomembno, da je preprečevanje zlorabe drog na visoki ravni kakovosti in podprto s trdnimi dokazi. V idealnem primeru bi bile politike preprečevanja, ki so bile načrtovane in izvajane s perspektive javnega zdravja s ciljem zagotoviti osnovno in stroškovno učinkovito količino univerzalnega preprečevanja (prêt-à-porter) za veliko ciljno populacijo, dopolnjene z bolj intenzivnimi in posebej oblikovanimi intervencijami, ki so usmerjene predvsem v ranljive skupine in posameznike ([16]).

Univerzalno preprečevanje

Načela in vsebina modernih strategij preprečevanja zlorabe drog, zlasti univerzalnih programov preprečevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, temeljijo na dokazih. Merljivi dolgoročni učinki, pa čeprav majhni (Stothard in Ashton, 2000), so pomembna pridobitev, če so pridobljeni na velikih populacijah. Osnovna načela, kaj je učinkovito in kaj ne, so sedaj dobro uveljavljena. Učinkoviti elementi so interaktivno učenje (ki vključuje sovrstnike) (Tobler in Stratton, 1997), popravek normativnih prepričanj (Flay, 2000), trdna osredotočenost na družbena znanja in spretnosti ter majhna količina informacij o snoveh, pri čemer morajo biti zadevni elementi uravnoteženi in ustrezati družbeni realnosti mladih ljudi (Hansen, 1992; Dusenbury in Falco, 1995; Paglia in Room, 1999; Tobler et al., 2000; Tobler, 2001). V praksi pa v več državah članicah oblikovalci politik in strokovnjaki še naprej dajejo prednost pristopom, za katere se je izkazalo, da so neučinkoviti, kot so čustvena vzgoja (npr. dvigovanje samopodobe), zagotavljanje informacij (dvigovanje ozaveščenosti) in refleksija.

Podobno so znani dejavniki, ki prispevajo k uspešni izvedbi ([17]) preprečevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah: strogo spoštovanje določenega učnega načrta, ki ga izvajajo ustrezno usposobljeni učitelji, jasno opredeljena vsebina ter zagotavljanje priročnikov in gradiva. Poleg tega mora biti preprečevanje zlorabe drog del celovite šolske politike glede drog in promocije zdravja (Paglia in Room, 1999; Chinman et al., 2004). Dejansko pa se lahko opazi tri ločene strategije, ki so povezane le v redkih primerih. V prvi strategiji se preprečevanje izvaja prek obsežnih nacionalnih programov (Češka republika, Irska, Litva, Nizozemska) ali vrste odobrenih programov (Grčija, Španija, Madžarska, Švedska). Pri drugem pristopu je pozornost posvečena usposabljanju učiteljev (francosko govoreči del Belgije, deli Nemčije, Avstrija), ob predpostavki, da bodo učitelji vključili sporočilo preprečevanja v vsakodnevne šolske dejavnosti. Nekatere države (npr. Portugalska) pa se odločajo za mreže šol, ki promovirajo zdravje. Le na Irskem in v Španiji se vsi trije pristopi kohezivno uporabljajo po vsej državi ([18]).

Univerzalno preprečevanje izven šolskega okolja ([19]) poskuša ponavadi doseči mlade ljudi na tri glavne načine:

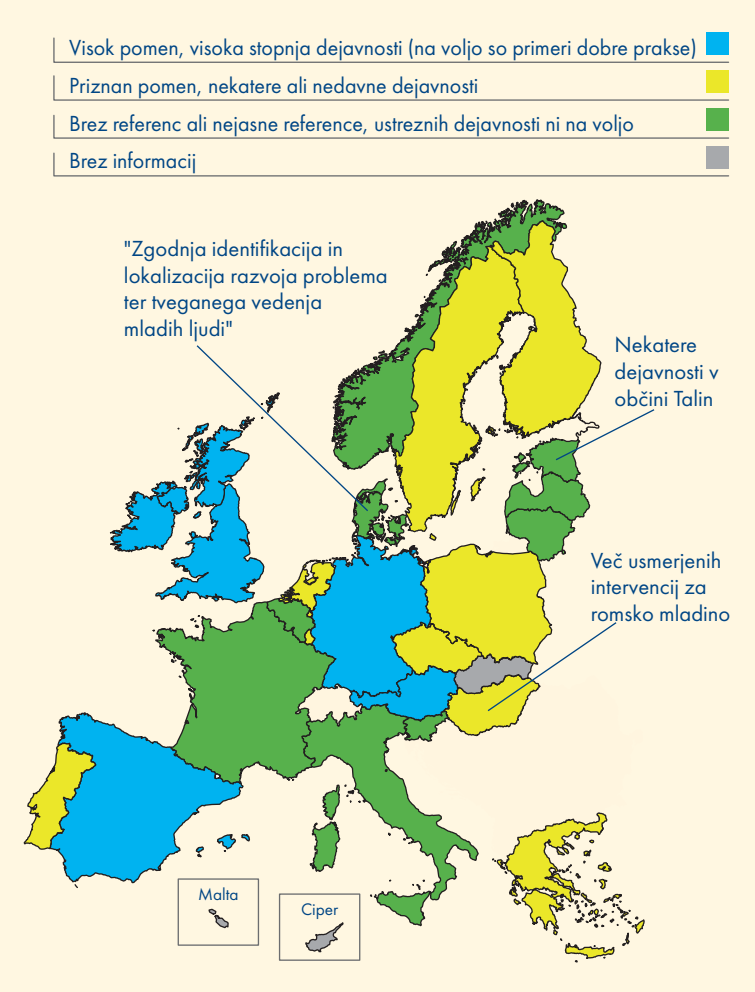
([16]) Glej Sliko 1 OL: Nacionalni načrti, ki podrobno navajajo preprečevalne vsebine in strategije.
([17]) Glej Sliko 2 OL: Načini izvajanja preprečevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah.
([18]) Glej Tabelo 3 OL: Zbirni parametri preprečevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah.
([19]) Glej Sliko 3 OL: Preprečevanje za mladino izven vzgojno-izobraževalnih ustanov.

z zagotavljanjem alternativnih dejavnosti prostega časa, kot so delo z mladimi, pustolovske in kreativne dejavnosti (Grčija, Španija, Latvija, Luksemburg, Združeno kraljestvo); prek športa in športnih klubov, da bi se mladoletnike vključilo v skupinske norme, vedenja in prepričanja (Nemčija, Italija, Finska); ali z uporabo svetovalnih tehnik (Danska, Avstrija, Poljska, Portugalska, Norveška). Preventivno delo izven šole ima neizmerne možnosti za opredelitev mladih ljudi, ki so ogroženi, in za osredotočenost na ranljive skupine, vendar se ta možnost izkorišča samo v nekaterih državah članicah (Irska, Madžarska, Nizozemska, Avstrija, Združeno kraljestvo).

Selektivno preprečevanje

V nasprotju z obsežnim in zato manj osredotočenim univerzalnim preprečevanjem se politike selektivnega preprečevanja osredotočajo na ranljive posameznike ali skupine. Selektivno preprečevanje uporablja obstoječe (v idealnem primeru lokalne) raziskave o dejavnikih tveganja, ranljivih skupinah in problematičnih soseščinah za usmeritev v tiste primere, kjer je tveganje za zdrs v probleme z drogami največje. Selektivnemu preprečevanju se v nekaterih državah posveča vedno več pozornosti, npr. na Finskem in Švedskem, zaradi povečanja rekreativne uporabe konoplje in alkohola (glej Poglavje 3), vendar je še vedno omejeno samo na nekaj držav članic (Slika 2), največkrat na tiste, ki že imajo strateške politike za univerzalno preprečevanje. Trdna teoretična podlaga in ocena sta bistvenega pomena, da lahko izbira ciljnih skupin ali območij temelji na podatkih iz raziskave in da se lahko opredelijo in medsebojno povežejo cilji intervencij. Na Madžarskem, na primer, je več intervencij usmerjenih na romske populacije, uporabljajo pa pristope s skupino sovrstnikov. Preprečevanje v rekreativnih okoljih kot posebna podzvrst selektivnega preprečevanja je opisano v Poglavju 4.

Slika 2: Države članice, v katerih je selektivno preprečevanje (t.j. usmerjenost v ranljive populacije ali območja) omenjeno v strategijah in se izvaja



Viri: Nacionalna poročila Reitox in *Poročilo o selektivnem preprečevanju v EU (Report on selective prevention in the EU)* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569).

Nedavni napredek v razširjeni Evropski uniji

V Grčiji, na Portugalskem in Švedskem so politike preprečevanja napredovale v smeri modernih konceptov in bolj jasnih struktur, npr. preprečevanje v vzgojno-izobraževalnih ustanovah je bolje opredeljeno kot v preteklosti. Programi za mlajše otroke v vrtcih in osnovnih šolah so se razširili, zlasti v Grčiji in Avstriji.

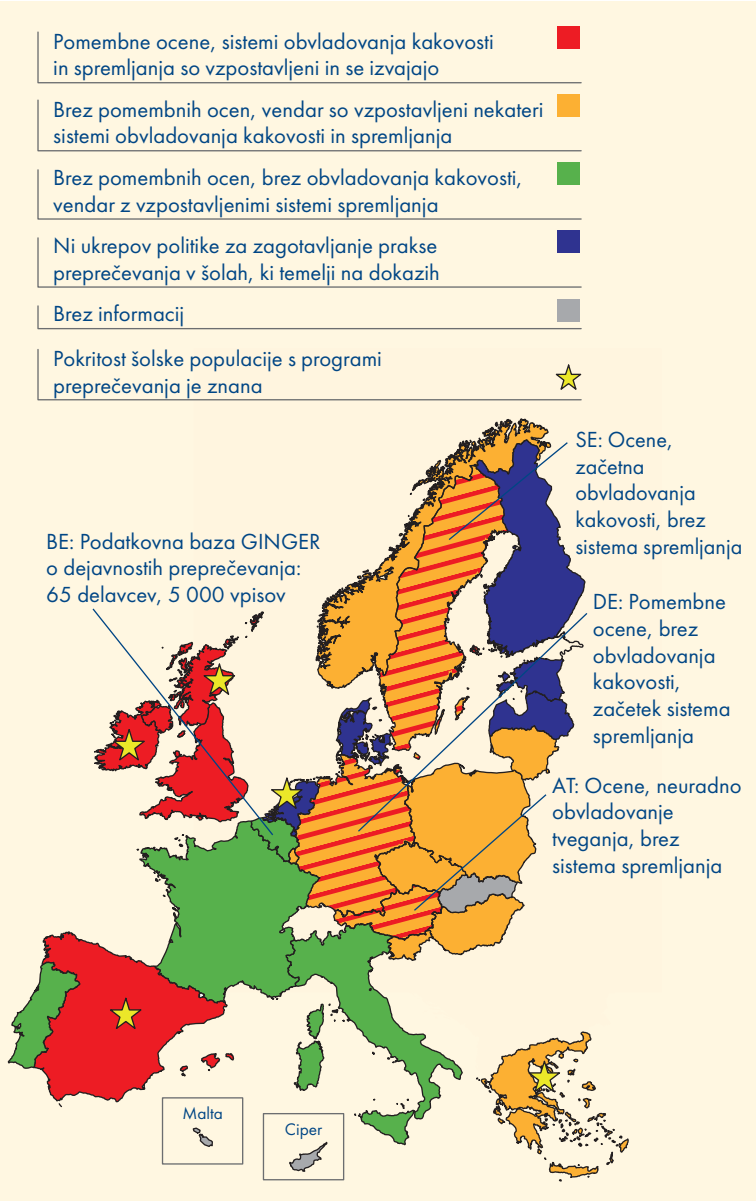
Med državami članicami je opaziti, da politike preprečevanja, ki so predmet sistemov obvladovanja kakovosti (Slika 3), navadno kažejo višjo stopnjo strukture (npr. izvajanje s pomočjo visoko razvitih programov ([20])) in posvečajo več pozornosti selektivnemu preprečevanju (glej Sliko 2). Ključni dejavniki pri primerjavi evropskih politik preprečevanja so kakovost (na dokazih temelječa zbirka konceptov), struktura (kako in kdo organizira izvajanje) in pokritost (dosežen obseg populacije).

Sistemi in standardi obvladovanja kakovosti obstajajo v Češki republiki, v Litvi, Sloveniji in na Švedskem, medtem ko so bili v Nemčiji in na Portugalskem vzpostavljeni novi sistemi spremljanja. V nacionalnih strategijah se vedno bolj opredeljujejo in priporočajo konkretni sestavni deli preprečevalnih akcij, npr. spodbujanje družbenih znanj in znanj, povezanih z odločanjem, ter dvigovanje samopodobe v Litvi in na Švedskem.

Pokritost preprečevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah, ki je izražena kot delež učencev, ki so izpostavljeni univerzalnemu preprečevanju, se lahko izmeri samo pri preprečevanju, ki temelji na programu,

([20]) Glej Sliko 1 OL: Nacionalni načrti, ki podrobno navajajo preventivne vsebine in strategije.

Slika 3: Države članice, v katerih obvladovanje kakovosti, spremljanje in vrednotenje preprečevanja v vzgojno-izobraževalnih ustanovah veljajo za prednostno nalogo in se izvajajo



Vir: Nacionalna poročila Reitox.

obsežna pokritost pa je cilj nekaterih strategij (Španija, Irska, Združeno kraljestvo). V vseh španskih avtonomnih skupnostih (Comunidades Autónomas) je delež šolskih populacij, ki so izpostavljene odobrenim in priporočenim programom preprečevanja, spet narasel, v drugih državah članicah (Češka republika, Grčija, Norveška) pa je bila pokritost ocenjena pred nedavnim. Kot posledica tega razvoja se v veliko državah članicah počasi izboljšujejo prizadevanja za preprečevanje zlorabe drog, za katera so bili prej značilni "nizka usmerjenost (v glavnem nespecifični posegi in malo primernega gradiva za preprečevanje), nizka intencionalnost (nizka stopnja usposobljenosti strokovnjakov, ki so delali na tem področju), nizka proaktivnost in vrednotenje (nizka stopnja raziskovanja in pomanjkanje postopkov vrednotenja), nizka stopnja kontinuiranosti (pogoste priložnostne intervencije), nizka usklajenost in udeležba (pomanjkanje usklajevanja v zvezi z izvedenimi dejavnostmi)" (portugalsko nacionalno poročilo).

... in pomanjkanje napredka

V nekaterih državah članicah je napredek počasen, poleg tega pa še vedno prevladujejo koncepti, ki ne temeljijo na dokazih. Razlogi za to vključujejo nedejavnost, prevelik poudarek na pristopih zdravljenja in pristopih, ki so naravnani na odvisnost, nezadostno upoštevanje pomena družbenih vplivov in osredotočenost na osebne spremenljivke. Poleg tega v nekaterih državah pomanjkanje standardov pomeni, da je preprečevanje zgolj postranska dejavnost lokalnih zdravstvenih delavcev ali učiteljev, katerih znanje o preprečevanju, ki temelji na dokazih, je pogosto nezadostno, kar ima za posledico, da je preprečevanje na stopnji popularnih mnenj in prepričanj. V nekaterih državah članicah (npr. na Danskem, v Estoniji, Franciji, Latviji in v delih Belgije, Nemčije in Italije) preprečevanje v vzgojno-izobraževalnih ustanovah še vedno temelji na zagotavljanju informacij preko brošur, občasnih seminarjev, tematskih dni in razstav, sestankov, predavanj ali gostovanj strokovnjakov.

Obstajajo dokazi, čeprav omejeni (Flay, 2000), da mora biti preprečevanje v vzgojno-izobraževalnih ustanovah vključeno v načrt za promocijo zdravja in šolsko politiko za področje drog, in da mora obravnavati vidike družbenega življenja in skupnosti (Paglia in Room, 1999). Vendar pa prenapihnjena uporaba fraz kot so "promocija zdravih življenjskih slogov", "holistični pristopi" in "integralno preprečevanje" pogosto prikriva pomanjkanje trdne podlage za politike preprečevanja in omejeno zavezanost k preprečevanju, ki temelji na dokazih. Pri preprečevanju v družinskem okolju ni bilo doseženega vidnega napredka. Kot sestavni del univerzalnega preprečevanja ostaja omejeno na starševske večere ali skupine (npr. Nemčija, Grčija, Švedska), medtem ko je sestavni del selektivnega preprečevanja (t.j. osredotočenost na ogrožene družine) samo v Španiji, na Irskem, Poljskem, Švedskem in v Združenem kraljestvu ([21]).

([21]) Glej Tabelo 4 OL: Povzetek ključnih parametrov preprečevanja.

Poglavje 3
Konoplja

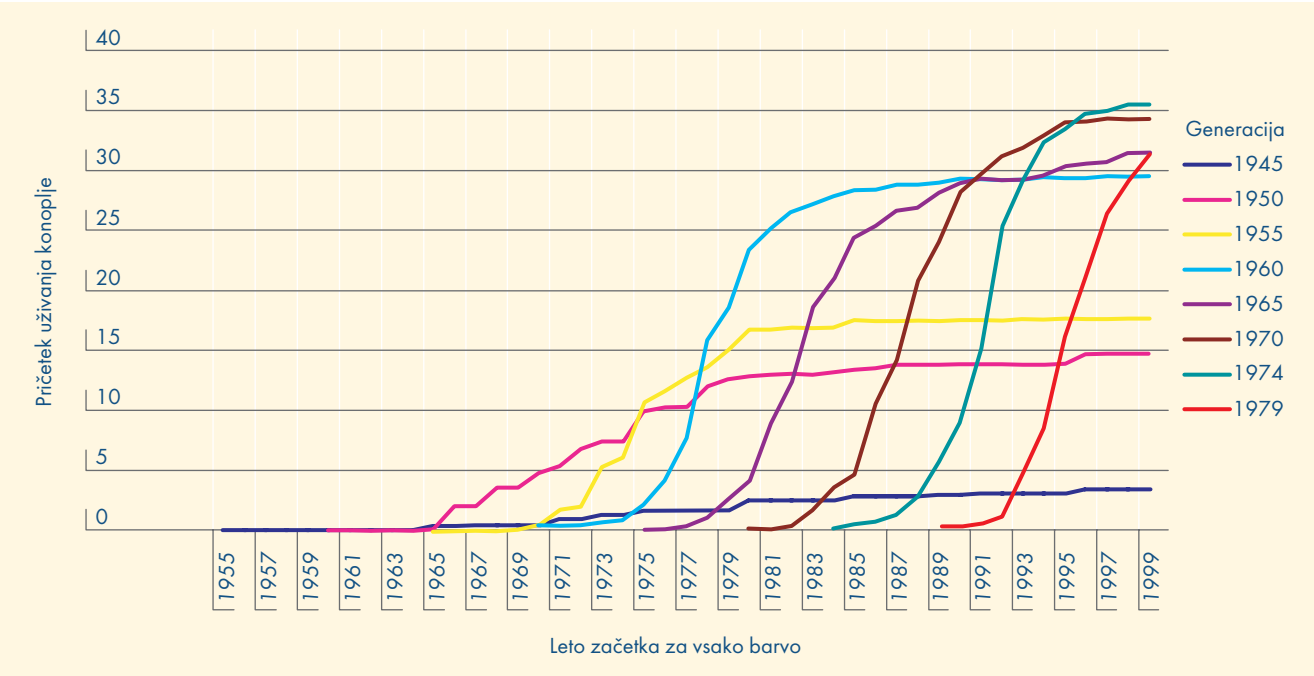
V vseh državah članicah EU je konoplja prepovedana snov, ki se najpogosteje uživa, čeprav med posameznimi državami obstajajo bistvene razlike. Uživanje konoplje s strani mladine se je v nekaterih evropskih državah prvič razširilo v sedemdesetih letih, od tam pa v sedemdesetih in osemdesetih letih (Slika 4 – primer iz Španije) prešlo na druge države EU. Splošno razširjena zloraba drog je novejši pojav v državah, ki so nove članice EU.

Razširjenost in vzorci

Zloraba drog med splošnim prebivalstvom je ocenjena s pomočjo raziskav, s katerimi se oceni delež prebivalstva, ki je užival drogo določeno obdobje ([22]). Nedavne raziskave prebivalstva kažejo, da je bistven delež evropske odrasle populacije (med 15–64 leti) poskusil snov vsaj enkrat, pri čemer se odstotek giblje med 5–10 % v Belgiji, Estoniji, na Madžarskem in Portugalskem ter med 24–31 % na Danskem, v Španiji, Franciji in Združenem kraljestvu. Za primerjavo: leta 2002 je v nacionalni raziskavi gospodinjstev Združenih držav o drogah 40 % odraslih (12 let in več) izjavilo, da so vsaj enkrat poskusili konopljo ali marihuano, 11 % pa jih je izjavilo, da so jo užili v zadnjih 12 mesecih (SAMHSA, 2002) ([23]).

Raziskave kažejo, da je uporaba konoplje najbolj razširjena med mladimi odraslimi (starimi med 15–34 let) in zlasti med ljudmi v dvajsetih letih. Stopnje uživanja konoplje so očitno višje med moškimi kot ženskami. Nacionalne raziskave tudi odkrivajo, da je uživanje bolj običajno v urbanih območjih ali območjih z visoko gostoto

Slika 4: Spremenjeni vzorci razširjenosti pričetka uživanja konoplje v izbranih generacijah – primer Španije



Opombe: Podatki temeljijo na nacionalni raziskavi o drogah za leto 1997 (*n* = 12 515; 15- do 64-letniki) in Nacionalna raziskava o drogah za leto 1999 (*n* = 12 488; 15- do 65-letniki).
Generacije izbrane samo, če ni bistvenih razlik med raziskavami in vzorci, zbranimi za enoletno generacijo.

Vir: Kraus L in Augustin R. Analiza starosti prvega uživanja konoplje v Nemčiji, Grčiji in Španiji. V poročilu CT.00.EP.14 Centra: *Tehnično izvajanje in dopolnitev banke podatkov EU o nacionalnih raziskavah prebivalstva o uživanju drog in izvajanje skupne analize zbranih podatkov.*

([22]) Glej metodološke opombe o raziskavah med prebivalstvom v Statističnem biltenu 2004.

([23]) Opozoriti je treba, da je starostna skupina v ameriški raziskavi (12 let in več) širša od skupine, o kateri je poročal Evropski center za spremljanje drog in odvisnosti glede evropskih raziskav (15–64 let).

prebivalstva. Nekatere izmed omenjenih nacionalnih razlik bi lahko deloma odražale razlike v stopnjah urbanizacije.

Število 15- in 16-letnih dijakov, ki menijo, da se konopljo dobi lahko ali zelo lahko, je dosledno veliko višje od števila dijakov, ki navajajo, da so konopljo v življenju že kdaj poskusili ([24]), vendar obe merjenji kažeta enake geografske razlike. Razlike med državami so znatne. Nedavne raziskave o 15-letnih dijakih kažejo, da je v Grčiji, na Malti, Švedskem in Norveškem konopljo v življenju že kdaj užilo manj kot 10 % teh dijakov, v Češki republiki, v Španiji, Franciji in Združenem kraljestvu ([25]) pa prek 30 %. Najvišje stopnje razširjenosti lahko najdemo med fanti v Angliji (42,5 %), z nekoliko nižjimi stopnjami (38 %) pa med dekleti v Angliji. Razlike pri uživanju konoplje med fanti in dekleti se med državami razlikujejo in so običajno manj poudarjene v severni Evropi. Na primer, na Švedskem so stopnje tistih, ki so v življenju konopljo že kdaj užili, 7,7 % za fante in 6,6 % za dekleta, medtem ko so ustrezne številke za Grčijo 8 % in 2,7 %.

V večini primerov se konoplja uživa občasno ali se čez nekaj časa prekine. V večini držav EU je samo 20–40 % vseh odraslih, ki so že kdaj poskusili konopljo, izjavilo, da so jo užili v zadnjih 12 mesecih, in samo 1–10 % jih priznava, da so jo užili v zadnjih 30 dneh.

Uporaba konoplje v zadnjih 12 mesecih je višja med mlajšimi odraslimi (15–34 let) kot v celotni odrasli populaciji in se v večini držav giblje med 5 % in 20 % (Slika 5).

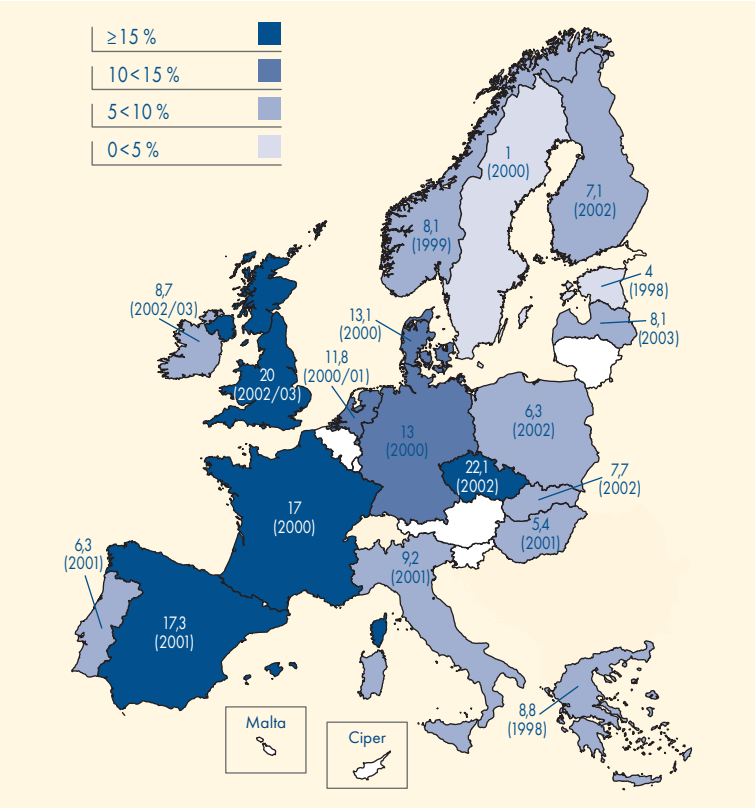
Majhen, a pomemben in stanoviten delež (okoli 15 %) 15-letnih dijakov v EU, ki so užili konopljo v zadnjem letu, je izjavil, da jo je užil ob 40-ih ali več priložnostih (kar šteje za "zelo pogosto" uporabo). Slika 6 kaže, da je dvakrat bolj verjetno, da bodo "zelo pogosti" uživalci dijaki in ne dijakinje. Med moškimi se delež "pogostih" uporabnikov giblje od manj kot 1 % v večini držav, ki mejijo na Baltsko morje (Estonija, Latvija, Litva, Finska in Švedska) ter na Malti, do med 5 % in 10 % v Belgiji, Nemčiji, Španiji, Franciji, na Irskem, v Sloveniji in Združenem kraljestvu. To je primerljivo z razponom od 0 % do največ 4,6 % za dijakinje. Obseg, v katerem vzorci "pogostosti" uživanja konoplje prispevajo k zdravstvenim problemom, in povečano povpraševanje po zdravljenju sta obravnavana v izbranem poglavju z naslovom "Problem konoplje v kontekstu" (str. 82) ([26]).

Trendi

Zaradi pomanjkanja dolgoročnih zaporednih in ustaljenih raziskav v večini držav EU je prepoznavanje trendov na področju drog omejeno. Vseeno pa različne vrste raziskav (nacionalne, lokalne, naborniške in šolske raziskave) kažejo, da se je uporaba konoplje v devetdesetih letih bistveno povečala v skoraj vseh državah EU, zlasti med mladimi. V nekaterih primerih so ta povečanja sledila upadu uporabe v osemdesetih letih ([27]).

Čeprav številne države poročajo, da je uporaba konoplje v zadnjih letih še naprej naraščala, pa štiri druge države (Nizozemska, Finska, Švedska in Norveška) poročajo, da se je uporaba med dijaki, naborniki ali mladoletniki v zadnjih 2–4 letih uravnala. Rezultati iz poročila o

Slika 5: Nedavno uživanje (v zadnjem letu) konoplje med mlajšimi odraslimi (15–34 let), merjeno z nacionalnimi raziskavami prebivalstva

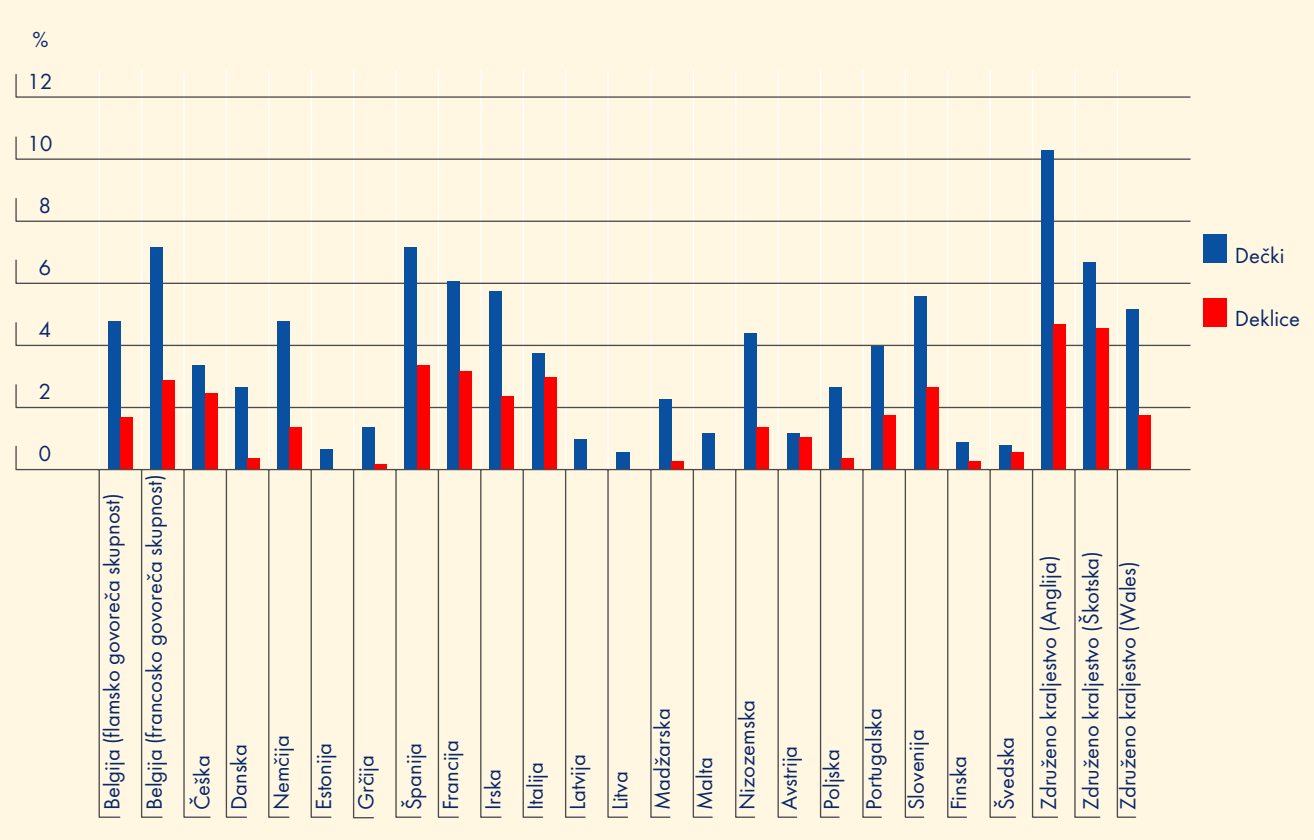


Opombe: Podatki so iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so na voljo iz posameznih držav, razen za Francijo, kjer je bil vzorec premajhen, da bi lahko uporabili raziskavo iz 2002, zato so tukaj predstavljeni podatki iz leta 2000.
Za podrobne podatke o številu vprašanih po starostni skupini, glej Raziskavo splošnega prebivalstva Tab 4 v Statističnem biltenu 2004.
Vsi podatki ne ustrezajo natančno standardnemu starostnemu razponu Centra (Danska in Združeno kraljestvo 16–34 let, Estonija, Madžarska in Nemčija 18–34 let). Odstopanja v starostnih razponih lahko rahlo vplivajo na nekatere nacionalne razlike. V nekaterih državah so bile na nacionalni ravni številke preračunane, da čim bolj ustrezajo opredelitvam Centra.

Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003, pridobljena iz poročil o raziskavah ali znanstvenih člankov. Glej tudi tabele o raziskavah prebivalstva v Statističnem biltenu 2004.

([24]) Glej Razširjenost_Tab 2 v Statističnem biltenu 2004.
([25]) Ibid.
([26]) Glej tudi Sliko 4 OL: Relativna pogostost uživanja konoplje med 15-letnimi dijaki, ki so jo užili v zadnjem letu.
([27]) Glej Sliko 5 OL: Razvoj uživanja konoplje med mladimi v nekaterih državah EU, merjeno z raziskavami prebivalstva.

Slika 6: Razširjenost "zelo pogostega" uživanja konoplje med 15-letnimi dijaki po spolu v letih 2001/2002



Opombe: "Zelo pogosto" uživanje konoplje je opredeljeno kot uživanje ob 40-ih ali več priložnostih v zadnjem letu. Nemčija, samo regionalni vzorec. Portugalska, omejena primerljivost zaradi velikosti vzorca in starosti
Vir: Currie et al. (2004) *Mednarodno poročilo HBSC iz raziskave WHO za leto 2001/2002.*

raziskavi ESPAD za leto 2003 (Evropska raziskava o alkoholu in drugih drogah med šolsko mladino) bodo zagotovili podrobnejši opis trendov med dijaki v EU ([28]).

Kot zaključek je treba ponoviti, da je rekreativna in občasna uporaba konoplje v mnogih evropskih državah znatno narasla v devetdesetih letih, vendar se zdaj začenja uravnavati, vsaj v nekaterih državah. Redna uporaba se je verjetno prav tako povečala, zlasti med mladimi.

Zasegi in informacije o tržišču

Leta 2002 je bila konoplja še vedno najpogosteje proizvajana in preprodajana prepovedana droga na svetu. Ker je proizvodnja konoplje razširjena po vsem svetu in ker ni sistemov za spremljanje, je količino proizvedene konoplje še vedno težko oceniti (UNODC, 2003a; CND, 2004).

Razlaga podatkov o zasegih in tržišču

Število zasegov v državi ponavadi služi kot posredni kazalec dobave in razpoložljivosti drog, odraža pa tudi vire organov pregona, prednostne naloge in strategije, kot tudi ranljivost preprodajalcev na pregon. Zasežene količine se lahko močno razlikujejo od enega leta do drugega, v enem letu je na primer nekaj zasegov zelo velikih. Zaradi tega je po mnenju večih držav število zasegov boljši kazalec trendov. V vseh državah je v število zasegov vštet velik del majhnih zasegov na ravni preprodajanja na drobno. Kjer so znane, lahko destinacije, kamor je bila zasežena droga namenjena, nakažejo trgovske poti in področja proizvodnje. Večina držav članic je poročala o cenah in čistosti drog na ravni prodaje na drobno. Vendar pa podatki prihajajo iz različnih virov, ki niso vedno primerljivi in zanesljivi, zaradi česar je težko napraviti natančno primerjavo med državami.

Proizvodnja in trgovanje

V zadnjih letih je bil Maroko glavni svetovni vir hašiša (konopljine smole), sledita mu Afganistan in Pakistan, nekaj hašiša pa je prišlo tudi iz drugih držav Srednje Azije, Ruske federacije, Libanona in Albanije (UNODC,

([28]) Glej Polje 3 OL: Evropska raziskava o alkoholu in drugih drogah med šolsko mladino.

2003a). Leta 2002 je bil Maroko še naprej država, ki se jo je najpogosteje omenjalo kot vir hašiša, sledili sta mu Albanija in Indija, vendar se je kot o virih poročalo še o 31 drugih državah, kar le potrjuje, da je promet s prepovedanimi drogami široko razširjen in da je število izvornih držav visoko (CND, 2004). Leta 2003 sta Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih (United Nations Office for drugs and Criminal – UNODC) in maroška vlada izvedla prvo raziskavo o gojenju konoplje v Maroku. Raziskava je pokazal, da je 27% plodne zemlje v pogorju Rif namenjene gojenju konoplje, kar ustreza možni proizvodnji 3 080 metričnih ton konopljine smole v letu 2003. (UNODC in maroška vlada, 2003). Večina v EU zaužite konopljine smole prihaja iz Maroka in je največkrat pretihotapljena preko Iberskega polotoka, čeprav predstavlja tudi Nizozemska pomemben center za nadaljnje razpečevanje v države EU (Bovenkerk in Hogewind, Nacionalna poročila, 2003).

Države, od koder prihajajo cvetovi in listi konoplje, je najti povsod po svetu. Največkrat omenjene države na globalni ravni v letu 2001 so bile Albanija, Kolumbija, Južnoafriška republika, Ruska federacija, Jamajka in Nizozemska. Razen v Evropi je večina prometa s konopljo medregionalna, t.j. gojena in porabljena lokalno ali v sosednjih državah (UNODC, 2003a). Konoplja (cvetovi in listi), ki je bila zasežena v EU leta 2002, naj bi izvirala iz več različnih držav, predvsem iz Nizozemske in Albanije (CND, 2004; INCB, 2004a), vendar tudi iz Azije (Tajska), Afrike (Malavi, Južna Afrika, Nigerija, Angola) in obeh Amerik (Mehika, Jamajka, ZDA) (nacionalna poročila Reitox, 2003).

Lokalna pridelava in proizvodnja konoplje poteka v večini držav članic EU. Čeprav so lahko bile v nekaterih primerih zasežene rastline v tranzitu iz druge države, se lahko zasege rastlin konoplje v EU (glej Tabelo 3) vzame za kazalec lokalne pridelave konoplje. V Belgiji se je v zadnjih letih pridelava konoplje razširila po celi državi. V Češki republiki so bili prvi primeri široke hidroponske pridelave konoplje – ki nadomešča domače gojenje na prostem "za lastno oskrbo" – odkriti leta 2002. V Estoniji se je število odkritih nasadov konoplje povečalo leta 2002, odkriti pa so bili tudi nekateri večji nasadi. Na Madžarskem poročajo, da se konoplja goji na celo še večjem območju. Na ravni EU se največ rastlin konoplje zaseže v Italiji, sledi ji Nizozemska, kjer število zaseženih rastlin narašča od leta 1988. To je predvsem posledica uspešnega vzajemnega multi-agencijskega pristopa na lokalni ravni (t.j. tesno sodelovanje med lokalnimi oblastmi, podjetji za električno energijo, davčnimi upravami itd.) na Nizozemskem. Ocenjuje se, da kljub temu, da je od pol do tri četrtine konoplje, ki se jo užije na Nizozemskem, pridelano doma ("nederwiet"), postaja Nizozemska manj pomembna kot vir konoplje za izvoz v druge države kot pa tranzitna država za tujo konopljo, zlasti ker narašča pridelava v drugih državah EU.

Tabela 3: Zasegi rastlin konoplje v državah EU in na Norveškem v 2001

Država	Število zasegov	Zasežene količine: število rastlin (v kg, če število rastlin ni na voljo)
Belgija	n.a.	n.a.
Češka (1)	n.a.	343
Danska (1)	n.a.	230
Nemčija	785	68 696
Estonija	24	6 043
Grčija	n.a.	18 821
Španija	n.a.	(3 907 kg)
Francija	681	(41 kg)
Irska	20	365
Italija	n.a.	3 219 414
Ciper (1)	n.a.	274
Latvija (1)	n.a.	(72,7 kg)
Litva	n.a.	n.a.
Luksemburg	2	11
Madžarska	n.a.	n.a.
Malta	n.a.	n.a.
Nizozemska	n.a.	884 609
Avstrija	120	(36 kg)
Poljska (1)	n.a.	2 550
Portugalska	64	3 807
Slovenija	426	1 925
Slovaška (1)	n.a.	535
Finska	612	(16 kg)
Švedska	51	(3 kg)
Združeno kraljestvo (2)	1 875	71 507
Norveška	n.a.	(17 kg)

n.a.: podatki niso na voljo.
Vir: Nacionalne kontaktne točke Reitox; razen:
(1) Interpol (2003), National statistics on illicit drug production traffic and use in 2001, Interpol: Lyon.
(2) Corkery, J.M. in Airs, J. (2003), Seizures of drugs in the UK 2001, Findings no. 202, RDS-Home Office: London.

Zasegi

V svetovnem merilu je bilo leta 2002 zaseženo skupaj 1 039 ton hašiša in 3 800 ton konoplje. Večina hašiša je

bila zasežena v Evropi in Aziji, 70 % in 23 %, medtem ko je bilo največ zasegov konoplje opravljenih v obeh Amerikah (70 %) in v Afriki (19 %) (CND, 2004). Z vidika števila zasegov in celotnih zaseženih količin je konoplja najpogosteje zasežena droga v vseh državah EU, z izjemo Latvije, kjer je število zasegov heroina večje. Največ zasegov konoplje v EU opravijo v Združenem kraljestvu, sledita mu Španija in Francija ([29]). Vendar pa je bila v zadnjih petih letih v smislu količin v Španiji zasežena več kot polovica vseh količin v EU. Na ravni EU število zasegov konoplje ([30]) niha v okviru naraščajočega trenda od leta 1997, medtem ko se zasežene količine ([31]) od leta 1999 zmanjšujejo. Po upadu leta 2001 sta število zasegov in količina zasežene konoplje v EU – na podlagi trendov v državah, za katere so na voljo podatki – leta 2002 spet narasla.

Nekatere države so investirale v nove tehnološke sisteme za izboljšanje učinkovitosti dejavnosti, katerih cilj je boj proti nedovoljenemu prometu s konopljo. Španija je na primer nedavno razvila Integriran sistem zunanjega nadzora (External Surveillance Integrated System – SIVE) – ki trenutno deluje v regiji Algeciras in na nekaterih Kanarskih otokih – katerega cilj je pomoč pri odkrivanju v realnem času tako tihotapljenja konoplje kot ilegalnih migracij ([32]).

Cena in moč

Leta 2002 se je povprečna maloprodajna cena hašiša v EU gibala med 2,7 EUR za gram v Španiji in 21,5 EUR za gram na Norveškem, medtem ko se je cena marihuane gibala med nekaj pod 2 EUR za gram v Estoniji in Španiji do 14 EUR za gram v Latviji ([33]). Med obdobjem 1997–2002 so povprečne cene hašiša ostane stabilne ali so rahlo upadle v večini EU – razen v Luksemburgu, kjer so cene v tem obdobju rahlo narasle. Leta 2002 se je o podobnem trendu poročalo v vseh državah razen v Nemčiji, Franciji, Latviji, Litvi in na Nizozemskem, kjer je ulična cena hašiša narasla. V istem petletnem obdobju je cena marihuane prav tako ostala stabilna ali upadla v večini držav, čeprav se je iz Belgije, Češke republike, Litve in Luksemburga poročalo o rahli rasti. Leta 2002 je cena marihuane narasla v Nemčiji, Litvi in Latviji, v drugih državah članicah pa je ostala stabilna ali rahlo upadla.

Moč proizvodov iz konoplje je določena z njihovo vsebnostjo Δ^9-tetrahidrokanabinola (THC), ki je glavna aktivna snov (EMCDDA, 2004c). Leta 2002 je bila povprečna vsebnost THC v proizvodih iz konoplje – hašiš ([34]) in marihuana ([35]) – na ravni prodaje na drobno v državah, za katere so na voljo podatki, od manj kot 1 % do 15 %.

([29]) Čeprav bi bilo treba to preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2002. Podatkov o številu zasegov konoplje v letu 2002 ni bilo na voljo za Madžarsko, Poljsko in Slovenijo; podatkov o številu zasegov konoplje in zaseženi količini konoplje v letu 2002 ni bilo na voljo za Ciper, Malto, Nizozemsko, Slovaško in Združeno kraljestvo.

([30]) Glej Trgi_Tab 1 v Statističnem biltenu 2004.

([31]) Glej Trgi_Tab 2 v Statističnem biltenu 2004.

([32]) Glej http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp.

([33]) Glej Trgi_Tab 14 v Statističnem biltenu 2004.

([34]) Glej Trgi_Tab 15 v Statističnem biltenu 2004.

([35]) Glej Trgi_Tab 16 v Statističnem biltenu 2004.

Poglavje 4

Stimulansi amfetaminskega tipa, LSD in druge sintetične droge

To poglavje vsebuje pregled uporabe vrste sintetično proizvedenih drog. Uživanje nekaterih izmed njih, kot so amfetamini, ima v Evropi že dolgo zgodovino. Druge, kot je skupina ekstazija, pa so se zaradi svojih psihoaktivnih lastnosti začele splošno uživati šele pred kratkim. To poglavje obravnava tudi prizadevanja za ugotavljanje pojavljanja kakršnihkoli novih sintetičnih drog v Evropi.

Amfetamini so generičen izraz za amfetamine, metamfetamine in številne druge, manj splošno znane snovi, ki stimulirajo centralni živčni sistem. Glede njihove razpoložljivosti v Evropi so daleč na prvem mestu amfetamini. Na splošno se stopnje uživanja metamfetaminov povečujejo, kar povzroča precejšnjo zaskrbljenost, saj se uporaba tovrstnih drog povezuje z vrsto resnih zdravstvenih problemov. Trenutno se zdi, da je precejšnje uživanje metamfetaminov omejeno na Češko republiko, čeprav posamična poročila zbujajo strahove, da se uporaba te droge širi tudi drugod.

Skupina ekstazija, ki se jo včasih imenuje entaktogene droge, vsebuje sintetične snovi, ki so kemično sorodne amfetaminom, vendar se po svojem učinku nekoliko razlikujejo. Najbolj znan član skupine ekstazija je 3,4-metilendioksimetamfetamin (MDMA), vendar pa je včasih v tabletah ekstazija mogoče najti tudi druge sorodne podobne snovi.

Splošna razširjenost uživanja ekstazija, amfetaminov in LSD med prebivalstvom je nizka, vendar pa natančnejše preučevanje pokaže, da je razširjenost med mlajšimi starostnimi skupinami precej večja, uživanje teh drog pa je še posebej razširjeno v nekaterih socialnih okoljih in/ali med nekaterimi subkulturnimi skupinami.

Razširjenost in vzorci uživanja

Raziskave med prebivalstvom največkrat kažejo, da so amfetamini za konopljo največkrat uporabljena nedovoljena snov, čeprav je njihova splošna razširjenost mnogo manjša. (Slika 7). Povedati pa je treba, da se je s ponavljajočimi se raziskavami v več državah (npr. v Nemčiji, Španiji, na Nizozemskem, Finskem in v Združenem kraljestvu) ugotovilo, da je v zadnjih letih uživanje ekstazija doseglo oziroma preseglo raven uživanja amfetaminov ([36]). Poleg tega so najnovejše raziskave, čeprav niso bile zaporedne, v nekaterih drugih državah (Češka republika, Irska, Portugalska) pokazale, da je uživanje ekstazija precej visoko.

Po podatkih najnovejših raziskav se odstotek odraslih prebivalcev na splošno, ki so v svojem življenju že kdaj poskusili amfetamine (15–64 let), v državah članicah EU giblje med 0,5 % in 6 %, z izjemo Združenega kraljestva, kjer dosega celih 12 %. Ekstazi je poskusilo okrog 0,5–7 % prebivalstva.

Število odraslih, ki so v zadnjem času (v zadnjih 12 mesecih) užili amfetamine ali ekstazi, je na splošno nižje od enega odstotka, čeprav so podatki za obe snovi nekoliko višji za Češko, Španijo, Irsko in Združeno kraljestvo, poleg tega pa je v zadnjem času uživanje amfetaminov višje od povprečja na Danskem, ekstazija pa na Nizozemskem.

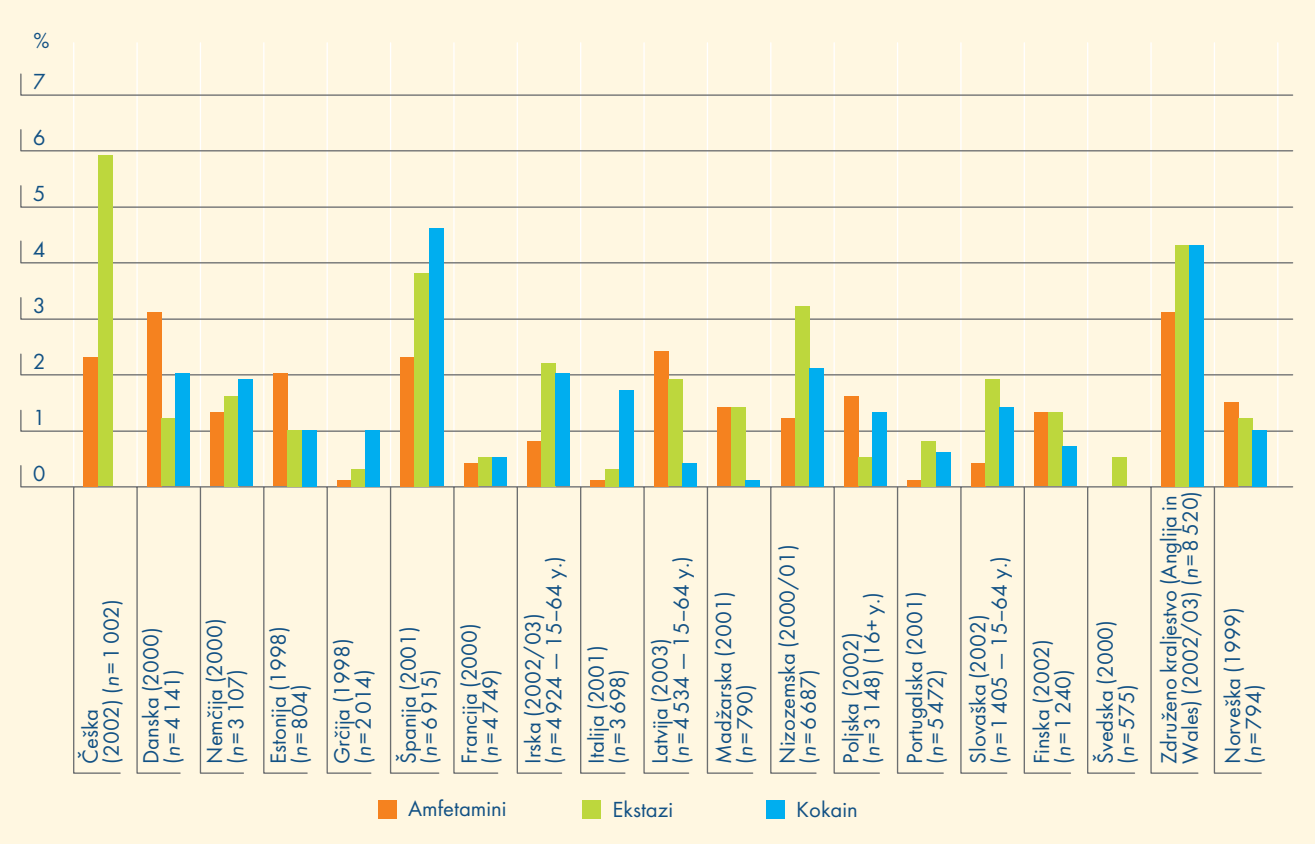
Med celotnim prebivalstvom uživajo amfetamine in ekstazi načeloma mladi ljudje. Odstotek mlajših odraslih (15–34 let), ki so že kdaj poskusili te snovi, se giblje od 2 do 11 %, odstotek tistih, ki so jih užili v zadnjem času, pa od 0,5 do 6 %. Nacionalne raziskave poročajo, da je v Češki republiki, v Španiji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu 11 do 17 % moških v starosti od 15 do 24 let v življenju že kdaj užilo ekstazi, medtem ko jih je v zadnjem času v Češki republiki, v Španiji, na Irskem (1998), v Latviji, na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu to drogo užilo od 5 do 13 %. Najverjetneje bi bile te številke še višje, če bi upoštevali samo mestno prebivalstvo (Slika 8).

V devetdesetih letih se je uživanje ekstazija na splošno povečalo. Čeprav njegova uporaba med mladimi morda še vedno raste, se zdi, da je stopnjevanje uživanja med prebivalstvom na splošno vsaj trenutno omejeno.

Za primerjavo je mogoče navesti nacionalno raziskavo gospodinjstev Združenih držav v zvezi z drogami iz leta 2001, po kateri je v življenju poskusilo ekstazi 4,3 % odraslih (opredeljenih kot oseb, starih 12 let oziroma več), stimulanse pa jih je užilo 9 % (vključno s 5,3 %, ki so

([36]) Glej Sliko 6 OL: Najnovejši razvoj uživanja (v zadnjem letu) amfetaminov in ekstazija med mlajšimi odraslimi (starimi 15–34 let) v Združenem kraljestvu (British Crime Survey - Britanska raziskava kriminala).

Slika 7: Nedavno uživanje (v zadnjem letu) amfetaminov, ekstazija in kokaina med mlajšimi odraslimi (15–34 let), merjeno z nacionalnimi raziskavami prebivalstva



Opombe: Podatki so iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so na voljo iz posameznih držav, razen za Francijo, kjer je bil vzorec premajhen, da bi lahko uporabili raziskavo iz 2002, zato so tukaj predstavljeni podatki iz leta 2000 (glej Raziskavo splošnega prebivalstva Tab 4 v statističnem biltenu 2004.
Vzorci (*n*) se nanašajo na število vprašanih za starostno skupino 15–34 let. Za vzorčne velikosti s številom vprašanih za celotne raziskave glej Raziskavo splošnega prebivalstva Tab 4 v Statističnem biltenu 2004.
Vsi podatki ne ustrezajo natančno standardnemu starostnemu razponu Centra (Danska in Združeno kraljestvo 16–34 let, Estonija, Madžarska in Nemčija 18–34 let). Odstopanja v starostnih razponih lahko rahlo vplivajo na nekatere nacionalne razlike. V nekaterih državah so bile na nacionalni ravni številke preračunane, da čim bolj ustrezajo opredelitvam Centra.

Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003, pridobljena iz poročil o raziskavah ali znanstvenih člankov. Glej tudi tabele o raziskavah prebivalstva v Statističnem biltenu 2004.

navedli, da so užili metamfetamine). O zaužitju ekstazija v zadnjem času (zadnjih 12 mesecih) je poročalo 1,3 %, o nedavnem zaužitju stimulansov pa 1.4 odstotka ljudi (vključno z 0.7 % ljudi, ki so navedli, da so zaužili metamfetamine) ([37]).

Raziskave in študije pri mladih

Primerljivi podatki o mladih temeljijo predvsem na raziskavah med šolsko mladino, ki so obravnavale 15- in 16-letne dijake.

Podatki raziskav med šolsko mladino za obdobje 2001–2002 kažejo, da je v šestih državah članicah (v Belgiji, Češki republiki, Španiji, Italiji, na Madžarskem in Švedskem) število 15- in 16-letnih dijakov, ki so v življenju že kdaj užili ekstazi, stabilno oziroma upada. Število tistih, ki so v življenju že užili ekstazi, se je v teh državah gibalo med 1 % in 4,7 % ([38]).

O 1% povečanju števila 15- in 16-letnih dijakov, ki so v življenju že kdaj užili ekstazi, so poročali le iz Združenega kraljestva (5 %). Prihodnje poročilo Evropske raziskave o alkoholu in drugih drogah med šolsko mladino (European School Survey Project – ESPAD) ([39]) bo zagotovilo pomembne informacije o gibanjih od leta 1995 do leta 1999 za več držav članic EU.

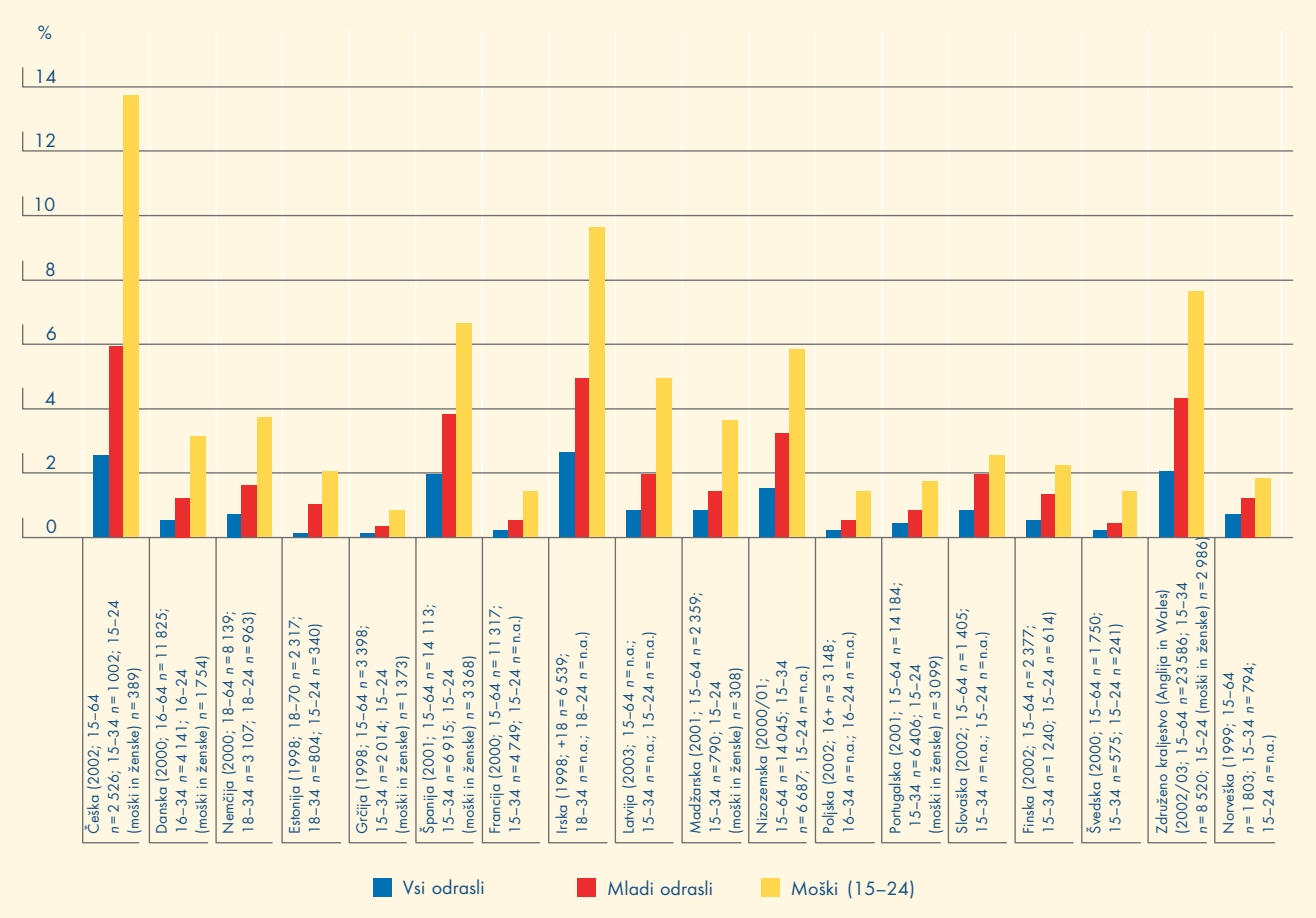
Z izjemo Madžarske je v vseh državah, ki so zagotovile nove podatke za obdobje 2001–2002, redno uživanje

([37]) Rezultati iz nacionalne raziskave ZDA iz leta 2002 o uživanju drog in zdravstvenih statistikah (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies - Združenje za zlorabo snovi in storitve mentalnega zdravja (SAMSHA), Urad za uporabne študije). Na voljo na spletni strani združenja SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Vedeti je treba, da je starostni razpon v ameriški raziskavi (12 let in več) širši od starostnega razpona, o katerem poroča EMCDDA glede raziskav v EU (15–64 let).

([38]) Glej Razširjenost_Tab 1 v Statističnem biltenu 2004.

([39]) Polje 3 OL: Projekt Evropska raziskava o alkoholu in drugih drogah med šolsko mladino.

Slika 8: Nedavno uživanje (v zadnjem letu) ekstazija med vsemi odraslimi (15–64 let), mlajšimi odraslimi (15–34 let) in mlajšimi moškimi (starimi od 15–24 let), merjeno z nacionalnimi raziskavami prebivalstva



Opombe: Podatki so iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so na voljo iz posameznih držav, razen za Francijo, kjer je bil vzorec premajhen, da bi lahko uporabili raziskavo iz 2002, zato so tukaj predstavljeni podatki iz leta 2000.
Vsi podatki ne ustrezajo natančno standardnemu starostnemu razponu Centra (Danska in Združeno kraljestvo 16–34 let, Estonija, Madžarska in Nemčija 18–34 let). Odstopanja v starostnih razponih lahko rahlo vplivajo na nekatere nacionalne razlike. V nekaterih državah so bile na nacionalni ravni številke preračunane, da čim bolj ustrezajo opredelitvam Centra.

Viri: Nacionalna poročila Reitox, pridobljena iz poročil o raziskavah ali znanstvenih člankov. Glej Raziskavo splošnega prebivalstva Tab 3 in Tab 4 v Statističnem biltenu 2004.

amfetaminov med 15- do 16-letnimi dijaki ostalo stabilno ali pa je upadlo ([40]).

Število tistih, ki so v življenju že kdaj poskusili stimulanse amfetaminskega tipa, in tistih, ki jih intenzivno uživajo, je na splošno višje pri moških kot pri ženskah, z izjemo Češke republike, kjer sta raziskavi šolske mladine ESPAD in WHO ugotovila, da je število tistih, ki so amfetamine (predvsem "pervitin") v življenju že kdaj užili, višje pri dekletih. To se sklada tudi z ugotovitvami v zvezi z mladimi, ki poiščejo pomoč v centrih za zdravljenje odvisnosti od drog v Češki republiki: več kot polovica najstnikov, ki pridejo zaradi zdravljenja težav, povezanih z uživanjem stimulansov (predvsem "pervitina"), je ženskega spola, medtem ko je za primerjavo v starostnih skupinah od dvajset let navzgor, dvakrat več moških kot žensk. Doslej še ni nobene razlage za ta pojav med najstniki, kaže pa, da je treba skrbno spremljati položaj glede žensk in uživanja stimulansov amfetaminskega tipa.

Nedavne študije na Nizozemskem in v Združenem kraljestvu so pokazale, da ekstazi še naprej pogosteje uživajo tisti, ki se udeležujejo (plesnih) zabav, kakor pa prebivalstvo na splošno (Deehan in Saville, 2003; Ter Bogt in Engels, 2004). Podatki glede pogostnosti uživanja ekstazija in užitih količin so omejeni, vendar pa razpoložljive informacije kažejo, da so vzorci uživanja zelo spremenljivi. Na primer, raziskava iz leta 2001, opravljena med obiskovalci raverskih zabav na Nizozemskem, je ugotovila, da jih je v zadnjem mesecu več kot polovica (58 %) užilo ekstazi. Med njimi jih je

([40]) Glej Razširjenost_Tab 1 v Statističnem biltenu 2004.

17 % – opredeljenih kot "redni uživalci ekstazija" – priznalo, da uživajo ekstazi "nekajkrat na teden", 22 % pa jih je drogo uživalo enkrat tedensko. Vsak tretji (32 %) je povedal, da užije ekstazi "nekajkrat mesečno". Glede prihodnjih gibanj iz Španije poročajo, da bo povezava med uživanjem ekstazija in določenimi vrstami glasbe ali dogodkov verjetno oslabela in da bo ta droga morda postala manj pomembna pri identifikaciji specifičnih skupin.

Kljub precejšnji zaskrbljenosti glede stimulativnih drog in vožnje je španska toksikološka raziskava pokazala, da je bilo pri smrtnih primerih v cestnem prometu leta 2002 ugotovljeno zaužitje ekstazija samo pri 0,4 % od 1 441 testiranih voznikov.

Smrtni primeri zaradi uživanja ekstazija

Smrtni primeri zaradi uživanja ekstazija so precej redki v primerjavi s smrtnimi primeri zaradi uživanja drugih opiatov, vendar pa zbujajo resno javno skrb, najverjetneje zaradi mladosti žrtev in popolnoma nepričakovanega izida. Izraz "z ekstazijem povezana smrt" je treba jasneje opredeliti. Trenutno bi to lahko pomenilo, da je bila ta snov omenjena v mrliškem listu ali da je bila ugotovljena pri toksikološki analizi (pogosto v kombinaciji z opiati, alkoholom, kokainom in drugimi drogami).

Po podatkih iz poročil Reitox iz leta 2003 so v večini držav EU "z ekstazijem povezane smrti" zelo redke, smrti, v katerih je bil ekstazi neposredno vpleten, pa še redkejše (dve v Avstriji, dve v Franciji, od katerih ena povezana izključno z ekstazijem, 19 v Nemčiji, od katerih jih je bilo osem mogoče pripisati izključno ekstaziju, ena v Grčiji in dve v Amsterdamu, od katerih je bila ena povezana z alkoholom), čeprav postopki poročanja niso popolnoma usklajeni. Iz Združenega kraljestva so leta 2001 poročali o 55 smrtnih primerih, v katerih je bil vključen ekstazi, medtem ko je bilo leta 1998 takšnih primerov 16. Britanska raziskava, ki je temeljila na 202 primerih, o katerih se je poročalo Nacionalnemu programu za smrtne primere zaradi zlorabe snovi v obdobju od 1996 do 2000, je ugotovila porast z ekstazijem povezanih smrti v letih 1996 in 1997 (12 primerov) ter 2001 in 2002 (72 primerov), kjer je bil ekstazi kot edina droga omenjen v 17 % primerov (Schifano et al., 2003). Relativno visoke številke z ekstazijem povezanih smrti v Združenem kraljestvu je morda mogoče pripisati na splošno večji razširjenosti uživanja ekstazija, pa tudi boljšim postopkom spremljanja in analize.

Tudi nujne primere v bolnišnicah je mogoče obravnavati kot kazalec akutnih zdravstvenih težav, povezanih z uživanjem določenih snovi. Do rahlega povečanja števila nujnih primerov, povezanih z ekstazijem in amfetamini v obdobju od 1996 do 2001, so poročali tudi v Španiji ([41]) ([42]). Druge države ne zbirajo sistematskih nacionalnih podatkov iz urgenc in tako do sedaj o podobnih povečanjih niso poročali.

Britanska študija, ki je ocenjevala nevarnost smrti zaradi ekstazija, je ob upoštevanju števila uživalcev ugotovila precej širok razpon (0,2–5,3 na 10 000 uživalcev) in poudarila potrebo po boljših opredelitvah tako z ekstazijem povezanih smrti kot možnih rizičnih populacij (Gore, 1999; Schifano et al., 2003).

Nekaterim smrtim zaradi ekstazija bi se bilo mogoče izogniti na povsem enostaven način, kot je izboljšanje prezračevanja, zagotovljen dostop do vode in z vzpodbujanjem varnejšega vedenja z zdravstvenim izobraževanjem. Pri drugih smrtnih primerih se zdi, da je do njih prišlo zaradi idiosinkratične reakcije na drogo. Take nepričakovane reakcije je težko preprečiti in možnosti posredovanja, razen zagotovitve medicinske oskrbe, so zato omejene.

Posredovanja v rekreativnih okoljih

Preprečevanje v rekreativnih okoljih je verjetno najbolj uveljavljena specifična oblika selektivnega preprečevanja. V nekaterih državah članicah ([43]) so ponujene vsebine, smernice in storitve uveljavljene že nekaj časa. Prišlo je do rahlega povečanja preventivnih dejavnosti, zlasti v novih državah članicah ([44]).

Posredovanja segajo od ukrepov, usmerjenih v abstinenco, kot je švedska kampanja "Veliko je razlogov, da ne poskusite drog", ki je potekala poleti 2003 (in katere cilji so bili okrepiti odločitev tistih, ki drogam že nasprotujejo, ter prepričati tiste, ki oklevajo, da izberejo pravo pot), do preskušanja tablet za uživalce v nekaterih državah (glej spodnjo študijo) ([45]). Zadnje čase pa se v naraščajočem številu držav članic vedno večji pomen pripisuje strukturnim pristopom, kar zlasti velja za nordijske države (predvsem glede alkohola) in Italijo. Ti pristopi temeljijo na razvoju skupnih strategij sodelovanja, ki vključujejo restavracije, klube in bare, policijo, službe za preprečevanje uživanja drog, sindikate delavcev v restavracijah ter uprave. Največ pozornosti se na splošno posveča varnostnim vprašanjem, prvi pomoči, nadzoru drog ter preprečevanju nujnih primerov in nasilja.

([41]) V Španiji so nujne primere v bolnišnicah zaradi akutnih reakcij na psihoaktivne snovi več let spremljali v vzorcu bolnišnic po vsej državi v obdobju enega tedna letno. Zabeležene so "omembe" snovi. Glede metodoloških podrobnosti glej nacionalno poročilo Reitox 2003 (str. 34–36).

([42]) Glej Sliko 7 OL: Delež omemb pri nujnuh primerih v bolnišnicah zaradi akutnih reakcij na droge, Španija 1996–2001.

([43]) Glej Sliko 8 OL: Pomen, ki ga v državah članicah pripisujejo preventivnim odzivom v rekreativnih okoljih.

([44]) Glej Tabelo 5 OL: Povzeti parametri preprečevanj v rekreativnih okoljih.

([45]) Glej tudi Sliko 8 OL: Pomen, ki ga v državah članicah pripisujejo preventivnim odzivom v rekreativnih okoljih.

Osebje se usposablja za prepoznavanje rizičnih situacij in strokovno posredovanje.

Na Danskem v dveh "vzorčnih okrožjih" poteka razvojni projekt za preprečevanje uživanja ekstazija, ki je usmerjen v preventivno posredovanje na občinski ravni (ob oblikovanju lokalnih akcijskih načrtov in politik drog), v šolah in na fakultetah ter v okolju zabav. Posredovanja so vključevala izdelavo "vodnika brez tolerance" ("no tolerance guide") za droge na prizoriščih nočnega življenja ter spletno stran, ki vsebuje podporno gradivo. Vodstvo in osebje v restavracijah se je usposabljalo za ravnanje v zvezi z drogami. Prva poročila kažejo, da ni prišlo do omembe vrednega povečanja uporabe nekaterih storitev, ki so specifične za ekstazi, npr. telefonskih linij za pomoč in svetovalnih storitev. Bilo je le nekaj sprejemov na oddelke za nujne primere ali ustanove za zdravljenje.

V nedavni nizozemsko-nemško-avstrijski raziskavi (Benschop et al., 2002) ([46]) so analizirali vpliv storitve preskušanja tablet na vedenje v zvezi z jemanjem tablet in zavest o tveganju pri uživalcih ekstazija v treh evropskih mestih (Amsterdamu, Hannovru in na Dunaju). Anketiranci v vseh treh mestih so si bili neverjetno podobni: razlike med tistimi, ki uporabljajo storitev preskušanja tablet, in tistimi, ki jih ne, so bile majhne. Najbolj običajen vir informacij o ekstaziju so bili sovrstniki, medtem ko so imeli množični mediji in revije o življenjskem slogu zgolj omejeno vlogo. Uživalci obvestijo svoje sovrstnike o rezultatih preskusa. Ta neformalna pot obveščanja velja za skrito prednost preskušanja tablet: razširja mrežo preprečevanja uživanja drog in znižuje prag za stik s službami za preventivo. Zdi se, da imajo uživalci in neuživalci ločene družabne mreže in se med seboj ne mešajo, četudi se udeležujejo istih dogodkov (npr. zabav). Študija ni ugotovila nobenih kazalcev, da preskušanje tablet spodbuja uživanje ekstazija, oziroma da bi takšno preskušanje razširilo krog uživalcev ekstazija.

Zdravljenje

Uživanje stimulansov amfetaminskega tipa (SAT) je redko glavni razlog za obisk centra za zdravljenje odvisnosti od drog. Vendar pa obstaja nekaj opaznih izjem: SAT je kot glavni razlog za odločitev za zdravljenje v Češki republiki navedlo 52 %, na Finskem 35,5 %, v švedskem poročilu pa 29 % varovancev. V Češki republiki najbolj potrebujejo zdravljenje uživalci "pervitina" ([47]), med katerimi je približno ena tretjina najstnikov (mlajših od 20 let), več kot polovica najstniških uživalcev pa je ženskega spola. Na Švedskem in Finskem so imeli amfetamini zgodovinsko pomembno vlogo pri opredelitvi nacionalnega problema odvisnosti od drog in v določeni meri ostaja tako še danes.

Zasegi in informacije o tržišču ([48])

Po podatkih Urada za droge in kriminal pri Združenih narodih (UNODC, 2003a) je proizvodnjo SAT – "sintetičnih drog, ki vključujejo kemično povezane amfetamine, metamfetamine in ekstazi" – težko količinsko opredeliti, ker se "vse skupaj začne z lahko razpoložljivimi kemikalijami ter v laboratorijih, ki jih je lahko prikriti". Ocenjuje se, da se na svetu letno proizvede približno 520 ton SAT (UNODC, 2003b). Največ SAT je bilo po svetu zaseženih leta 2000 (46,2 ton), od takrat pa so se zasegi zmanjšali na 25,7 ton leta 2002 (CND, 2004).

Metamfetamin

V svetovnem merilu je metamfetamin najpomembnejši SAT z vidika proizvedene in prodane količine. Največje količine se zasežejo v vzhodni in jugovzhodni Aziji (Tajska, Kitajska), sledi pa Severna Amerika (UNODC, 2003a). Obseg proizvodnje metamfetamina v Evropi je precej manjši: v obdobju 2000–2001 sta se le 2 % odkritih skrivnih laboratorijev za proizvodnjo metamfetamina po celem svetu nahajala v Evropi – predvsem v Češki republiki, v Ruski federaciji in na Slovaškem. Znotraj EU so o manjšem obsegu proizvodnje metamfetamina poročali tudi Belgija, Nemčija, Estonija, Francija, Latvija, Litva in Združeno kraljestvo (UNODC, 2003a,b). V Češki republiki se je o proizvodnji metamfetamina poročalo že od začetka osemdesetih let; večina je namenjena lokalni porabi, nekaj proizvodnje pa se pretihotapi v Nemčijo in Avstrijo (UNODC, 2003a). Čeprav Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) podatkov o zasegih metamfetamina ne zbira sistematično, so Češka republika, Danska, Estonija, Litva, Norveška in Švedska poročale o takih zasegih v letu 2002.

Leta 2002, z izjemo obdobja na začetku leta, ko se je cena dvignila zaradi pomanjkanja pervitinove predhodne sestavine (efedrina), je ostala povprečna maloprodajna cena "pervitina" v Češki republiki relativno stabilna pri 32 evrih za gram. Povprečna čistost na maloprodajni ravni je bila 40-odstotna.

Amfetamin

Na podlagi podatkov o številu odkritih laboratorijev je mogoče sklepati, da ostaja jedro svetovne proizvodnje amfetamina še naprej v Evropi. Leta 2002 so odkrili

([46]) V EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

([47]) "Pervitin" je lokalno ime za vrsto metamfetamina, ki ga nezakonito proizvajajo v Češki republiki. Za seboj ima že dolgo zgodovino uživanja in se večinoma vbrizgava. Njegova proizvodnja je lahko povezana z zakonito industrijo efedrina (UNODC, "Ecstasy and amphetamines: a global survey", 2003 – UNODC, "Ekstazij in amfitamini: svetovna raziskava", 2003).

([48]) Glej poglavje 3, Razlaga podatkov o zasegih in tržišču (str. 30).

laboratorije za proizvodnjo amfetamina na Poljskem in Nizozemskem, nekaj pa tudi v Nemčiji, Estoniji, Franciji in Litvi ([49]) (nacionalna poročila Reitox, 2003; CND, 2004). Večina amfetamina, zaseženega v EU leta 2002, je izvirala iz Nizozemske in Poljske, v manjši meri pa tudi iz Belgije, Estonije in Litve. Podobno je tudi do največjih zasegov amfetamina prišlo v zahodni Evropi. V tej podregiji je bilo zasežene 86 % celotne količine amfetamina, zasežene po svetu leta 2002, v vzhodni Evropi 10 %, v državah Bližnjega in Srednjega Vzhoda pa 3 % (CND, 2004). V zadnjih petih letih se je v EU največ amfetamina zaseglo v Združenem kraljestvu ([50]). Na ravni EU je rastoči trend števila zasegov amfetamina ([51]) dosegel svoj vrh leta 1998, trend količin ([52]) pa leta 1997. Na podlagi trendov v državah, za katere so na voljo podatki, se zdi, da so se zasežene količine in število zasegov skupaj od leta 2000 oziroma 2001 zopet povečali ([53]). Leta 2002 so se povprečne cene amfetamina na ravni uporabnika gibale od 11 evrov za gram na Madžarskem in v Estoniji, do 37,5 evrov za gram na Norveškem ([54]). V zadnjih petih letih so v večini držav, ki so bile zmožne zagotoviti tovrstne podatke, cene ostale stabilne ali pa so upadle.

Povprečna maloprodajna čistost amfetamina je leta 2002 segala od 10 % (Nemčija) do 52 % (Norveška), največja čistost pa je bila ugotovljena v državah, ki mejijo na Baltsko morje – v Estoniji, Latviji, Litvi in na Finskem. Precejšnja izjema je Portugalska, kjer je bila povprečna čistost leta 2002 manjša od enega odstotka. V zadnjih petih letih je bila čistost amfetaminov v vseh državah stabilna ali pa se je zmanjševala, za leto 2002 pa so o povečanjih poročali v Belgiji, Estoniji in Združenem kraljestvu.

Ekstazi

V svetovnem merilu ostaja Evropa glavno središče proizvodnje ekstazija, čeprav se zdi, da njena relativna pomembnost upada, saj se proizvodnja ekstazija širi na druge konce sveta, predvsem v Severno Ameriko ter vzhodno in jugovzhodno Azijo (UNODC, 2003a; CND, 2004). V Evropi se največ ekstazija proizvede na Nizozemskem in v Belgiji. Na primer, v Evropi je v obdobju 1999–2001 več kot 63 % zasegov predhodnih sestavin ekstazija opravila Nizozemska, 21 % pa Belgija, medtem ko je bilo med razkritimi laboratoriji za proizvodnjo ekstazija v EU 75 % takšnih laboratorijev na Nizozemskem, 14 % v Belgiji, 6 % v Združenem kraljestvu in 4 % v Nemčiji. O odkritju laboratorijev za proizvodnjo ekstazija (in/ali laboratorijev za proizvodnjo SAT) v obdobju 1991–2001 so poročale tudi Estonija, Španija, Latvija, Litva, Poljska in Norveška (UNODC, 2003a). Leta 2002 je bilo po svetu odkritih 54 laboratorijev za proizvodnjo ekstazija, vključno z osemnajstimi na Nizozemskem ([55]), tremi v Združenem kraljestvu ter po enim v Franciji in Estoniji (CND, 2004). Za ekstazi, zasežen v EU, poročajo, da izvira predvsem iz Belgije in Nizozemske, čeprav sta v več poročilih kot proizvajalki omenjena tudi Estonija in Združeno kraljestvo (Nacionalna poročila Reitox, 2003).

Trgovanje z ekstazijem je še vedno močno osredotočeno na zahodno Evropo, čeprav se je, podobno kot proizvodnja, v zadnjih letih razširilo po celem svetu (UNODC, 2003a). Kar zadeva zaseženo količino, je leta 2002 zahodna Evropa prispevala 73 %, Severna Amerika pa 20 % (CND, 2004). V zadnjih petih letih je bilo med državami članicami EU Združeno kraljestvo tisto, kjer je bilo dosledno zaseženega največ ekstazija ([56]).

Od upada leta 1997 se je število zasegov ekstazija ([57]) na ravni EU hitro povečevalo. Na podlagi trendov v državah, iz katerih so na voljo podatki, se zdi, da je število zasegov ekstazija leta 2002 upadlo. Vendar pa je to treba potrditi, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2002 – zlasti iz Združenega kraljestva. Količine zaseženega ekstazija ([58]) so se od 1997 do 2000 močno povečevale, leta 2001 pa so se uravnale. Leta 2002 so se v večini držav, ki so posredovale podatke, te količine vnovič povečale.

([49]) Čeprav jih ni na tem seznamu, je bilo v Združenem kraljestvu v zadnjih letih odkritih tudi precej nezakonitih laboratorijev za proizvodnjo amfetaminov. Poleg tega se je na začetku leta 2003 odkrilo prvi skrivni laboratorij za proizvodnjo amfetaminov v Luksemburgu.

([50]) Čeprav bi bilo treba to preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za Združeno kraljestvo za leto 2002. Podatkov o številu zasegov amfetaminov leta 2002 ni bilo na voljo za Belgijo, Italijo, Madžarsko, Nizozemsko in Poljsko; podatkov o količinah zaseženih amfetaminov leta 2002 ni bilo na voljo za Grčijo; podatkov tako o številu zasegov amfetaminov kot o količinah zaseženih amfetaminov leta 2002 ni bilo na voljo za Irsko, Ciper, Madžarsko, Malto, Poljsko, Slovaško in Združeno kraljestvo.

([51]) Glej Trgi_Tab 7 v Statističnem biltenu 2004.

([52]) Glej Trgi_Tab 8 v Statističnem biltenu 2004.

([53]) To je treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2002.

([54]) Glej Trgi_Tab 14 v Statističnem biltenu 2004.

([55]) Med skupaj 43 leta 2002 na Nizozemskem odkritimi lokacijami, kjer so proizvajali droge, jih je bilo 18 verjetno povezano samo z MDMA.

([56]) Čeprav bi bilo treba to preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za Združeno kraljestvo za leto 2002. Podatkov o številu zasegov ekstazija leta 2002 ni bilo na voljo za Belgijo, Madžarsko, Nizozemsko in Poljsko; podatkov tako o številu zasegov ekstazija kot o količinah zaseženega ekstazija leta 2002 ni bilo na voljo za Italijo, Ciper, Malto, Slovaško in Združeno kraljestvo.

([57]) Glej Trgi_Tab 9 v Statističnem biltenu 2004.

([58]) Glej Trgi_Tab 10 v Statističnem biltenu 2004.

Za leto 2002 se je poročalo, da se je cena tablet ekstazija v povprečju gibala med 6 evri (Češka republika) in 20–25 (Italija, Finska) evri za tableto ([59]). Nedavna poročila (DrugScope, 2004) pa kažejo, da se je cena tablet ekstazija v nekaterih krajih Združenega kraljestva spustila na 1,5 evra. V zadnjih petih letih so tablete ekstazija v večini držav članic EU postajale vedno cenejše. Leta 2002 se je ta trend nadaljeval v vseh državah, razen v Estoniji, kjer se je cena tablete rahlo povečala.

V primerjavi z obdobjem pred petimi leti se zdi, da tablete, prodane kot ekstazi, vsebujejo manj amfetamina, medtem ko je vedno pogosteje mogoče najti ekstazi in ekstaziju podobne snovi. Leta 2002 so bile v vseh državah EU ekstazi (MDMA) in ekstaziju podobne snovi (MDEA, MDA) edine psihoaktivne snovi, ugotovljene v večini analiziranih tablet, prodanih kot ekstazi. V Belgiji, na Danskem, v Nemčiji, Litvi, Združenem kraljestvu in na Norveškem je bilo takšnih več kot 95 % vseh analiziranih tablet ekstazija. Vsebnost MDMA v tabletah ekstazija se po državah med serijami precej razlikuje (celo med tistimi z enakim logotipom). Iz večine držav EU poročajo, da je leta 2002 povprečna vsebnost aktivne snovi (MDMA) na tableto znašala od 60 do 80 mg, čeprav je bil na Madžarskem in Norveškem ta razpon širši.

LSD

LSD se proizvaja in prodaja v manjšem obsegu kot druge sintetične droge, na primer SAT. Po svetu so se zasegi LSD med letom 2000 in 2001 zmanjšali za 73 %. Leta 2001 se je največje število enot zaseglo v ZDA, Španiji in na Nizozemskem (UNODC, 2003a). Do leta 2000 je bilo v okviru EU največ zasegov LSD v Združenem kraljestvu, vendar pa je Združeno kraljestvo zdaj prehitela Nemčija ([60]). V zadnjih petih letih so na ravni EU neprestano upadali tako število zasegov LSD ([61]) kot zasežene količine ([62]) – z izjemo leta 2000, ko je raven ostala enaka. V EU je bila leta 2002 povprečna cena enote LSD za uporabnika od 5 EUR v Združenem kraljestvu do več kot 20 EUR v Italiji ([63]).

Mednarodni ukrepi proti trgovanju s sintetičnimi drogami

Decembra 2003 je Komisija v sodelovanju z Europolom pripravila poročilo, ki ponazarja trenutno stanje največjih večstranskih projektov o načrtovani porazdelitvi omrežij in izkušenj na tem področju na ravni Unije, v državah članicah in državah kandidatkah. Med ključnimi projekti, predstavljenimi v poročilu, so Splošni ukrepi proti sintetičnim drogam v Evropi (Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe – CASE), ki združuje forenzično analiziranje amfetaminov, ki ga izvaja Švedski nacionalni forenzični laboratorij (Swedish National Laboratory of Forensic Science - SKL) in na ravni Evropske unije primerjavo podatkov organov pregona z namenom prepoznavanja lokacij proizvodnje sintetičnih drog in kriminalnih združb, vpletenih v proizvodnjo in promet s temi drogami ter sprožitve kriminalnih preiskav. Projekt podpira Europolova analitična delovna datoteka CASE. Drug projekt imenovan Europol sistem za primerjavo nedovoljenih laboratorijev (Europol Illicit Laboratory Comparaison System – EILCS) primerja slikovne in tehnične informacije z lokacij proizvodnje sintetičnih drog iz cele Evropske unije in tako omogoča preiskavo povezav med različnimi lokacijami, zaseženo opremo in osebami, ki olajšujejo preskrbo z opremo.

Poleg tega Europol sistem logotipov ekstazija (Europol Ecstasy Logo System – EELS) vsako leto objavi katalog logotipov, ki ga razdeli ustreznim nacionalnim organom pregona. Ta sistem je tesno sodeloval z osrednjim programom za analizo ekstazija (Central Analysis Programme Ecstasy – CAPE), ki ga vodi nemški Zvezni kriminalni policijski urad.

Interpol je začel projekt, osredotočen na organizirane kriminalne združbe, ki proizvajajo in tržijo sintetične droge. Projekt Sydrug združuje in povezuje operativne podatke, ki omogočajo večnacionalne operacije ([64]). Trendi kažejo, da se ekstazi tihotapi iz zahodne Evrope v Severno Ameriko, jugovzhodno Azijo in Oceanijo (Interpol, 2002).

Vedno bolj očitno je, da obstajajo povezave med mrežami, ki tihotapijo droge, in tistimi, ki tihotapijo predhodne sestavine. Januarja 2003 so se začele operativne dejavnosti v okviru projekta "Prizma" (Project Prism), ki je mednarodna pobuda, namenjena obravnavanju nezakonite uporabe glavnih predhodnih sestavin, potrebnih za nedovoljeno proizvodnjo SAT. Preprodajalci kot vir predhodnih sestavin vedno pogosteje uporabljajo farmacevtske preparate (INCB, 2004b).

([59]) Glej Trgi_Tab 14 v Statističnem biltenu 2004.
([60]) Čeprav bi bilo treba to preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za Združeno kraljestvo za leto 2002. Podatkov o številu zasegov LSD leta 2002 ni bilo na voljo za Španijo, Italijo, Litvo, Madžarsko in Nizozemsko; podatkov tako o številu zasegov LSD kot o količinah zaseženega LSD leta 2002 ni bilo na voljo za Belgijo, Irsko, Ciper, Malto, Slovaško in Združeno kraljestvo.
([61]) Glej Trgi_Tab 11 v Statističnem biltenu 2004.
([62]) Glej Trgi_Tab 12 v Statističnem biltenu 2004.
([63]) Glej Trgi_Tab 14 v Statističnem biltenu 2004.
([64]) Sydrug, Interpolov globalni projekt o sintetičnih drogah, Lyon, april 2003.

Nove sintetične droge, ki so predmet nadzora v skladu s Skupnim ukrepom

Med letoma 1998 in 2002 je bilo v okviru Skupnega ukrepa pet novih sintetičnih drog podvrženih oceni tveganja (MBDB, 4-MTA, GHB, ketamin in PMMA). Leta 2003 je Znanstveni odbor Centra, dopolnjen s strokovnjaki, ki so jih imenovale države članice, in predstavniki Evropske komisije, Europola in Evropske agencije za vrednotenje zdravil (EMEA), izvedel oceno tveganja za štiri nove sintetične droge: 2C-I (2,5-dimetoksi-4-jodofenetilamin), 2C–T–2 (2,5-dimetoksi-4-etiltiofenetilamin), 2C–T–7 (2,5-dimetoksi-4-(n)-propiltiofenetilamin), in TMA-2 (2,4,5-trimetoksiamfetamin) ([1]). Posledično je dne 27. novembra 2003 Svet sklenil ([2]), da za zadevne štiri spojine začnejo veljati nadzorni ukrepi in kazenske sankcije v 15 državah članicah EU.

Opraviti specifično znanstveno oceno tveganja novih sintetičnih drog je izjemno težko zaradi pomanjkanja recenziranih znanstvenih podatkov. Kot podlaga za ocene tako služijo informacije pridobljene iz študij o strupenih učinkih na živalih (npr. za TMA-2), podobnost med deloma povezanimi sestavinami, kot tudi dokazni material iz drugih virov informacij, kot so poročila posameznih uporabnikov, medijev in neuradnih publikacij.

([1]) Poročila o ocenah tveganja so na voljo na spletni strani Centra (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584).
([2]) Sklep Sveta 2003/847/PNZ z dne 27. novembra 2003 o nadzornih ukrepih in kazenskih sankcijah glede novih sintetičnih drog 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 in TMA-2.

Informacije o sistemu zgodnjega opozarjanja (Early Warning System)

Skupni ukrep ([65]) je bil skupaj s svojim sistemom zgodnjega opozarjanja (Early Warning System – EWS) vzpostavljen zaradi ugotavljanja novih sintetičnih drog ([66]), ocenjevanja njihovih tveganj in sprejemanja procesa odločanja, s katerim jih je mogoče nadzirati (Polje 3). Nove sintetične droge še vedno predstavljajo zelo majhen del celotnega trga sintetičnih drog, kjer še naprej prevladujejo MDMA (ekstazi), amfetamini in LSD. Kljub uspešnosti Skupnega ukrepa pri ugotavljanju novih sintetičnih drog je pomembno povedati, da večina podatkov o sestavinah prihaja iz tistih držav članic, ki imajo na voljo visoko raven zmogljivosti za analizo in poročanje, kar vključuje tako forenzične kot toksikološke laboratorije ter operativne mreže tistih, ki zagotavljajo podatke. Posledično lahko dobljeni opis položaja, namesto dejanske situacije na evropskem trgu drog, odraža delovanje nacionalnih sistemov zgodnjega opozarjanja za nove sintetične droge.

Droge, spremljane preko sistema zgodnjega opozarjanja

Leta 2003 je bilo vseh devet snovi, ki so bile predmet ocene tveganja od leta 1998, rutinsko spremljanih v okviru sistema zgodnjega opozarjanja – MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB in ketamin – spremljalo pa se je tudi naslednje fenetilamine: 2C-I, 2C-T-2 in 2C-T-7 in TMA-2. Poleg tega so bile spremljane še številne snovi, o katerih je Center dobil informacije – med njimi skupina triptaminov (5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, AMT, 5-MeO-AMT in 5-MeO-triptamin) in piperazinov (BZP in TFMPP) ([67]).

Leta 2003 sta tako Španija kot Združeno kraljestvo poročala, da je policija zasegla majhne količine MBDB. Zdi se, da je 4-MTA, ki so ga leta 1999 začeli spremljati v okviru Skupnega ukrepa, izginil s trga, saj se v zadnjih letih o njegovih zasegih ni poročalo. Do enega zasega PMMA je prišlo na Švedskem, pri zasegu na Danskem pa je šlo za tablete, ki vsebujejo PMMA in PMA. V Belgiji so iz enega laboratorija poročali o vzorcih urina, ki so bili pozitivni na PMMA, poleg tega pa je toksikološka analiza zastrupljene osebe, o kateri je poročal oddelek za nujne primere, razkrila navzočnost PMA (v kombinaciji z MDA in MDMA). Zdi se, da nobena od treh snovi – MBDB, 4-MTA in PMMA – ni več priljubljena med uživalci sintetičnih drog.

Glede drog skupine triptaminov je treba povedati, da je do večine zasegov prišlo na Švedskem in Finskem. O pridobitvi vzorcev 5MeO-DiPT sta poročali tudi Francija in Danska. Mnoge sestavine triptaminov se ne nadzirajo na mednarodni ali nacionalni ravni, zato jih lahko proizvajajo komercialni laboratoriji in jih na internetu prodajajo kot "raziskovane kemikalije" (večinoma podjetja iz ZDA). Poleg tega so na internetu na široko na voljo recepti za sintezo skoraj vseh novih in "starih" sintetičnih drog.

S Švedske so vedno pogosteje poročali o BZP, ki ga je vedno večkrat mogoče najti v povezavi s TFMPP, odkrili pa so ga tudi v Belgiji, Španiji, na Nizozemskem in Finskem.

Med fenetilamini, za katere je bila opravljena ocena tveganja leta 2003, se zdi, da 2C-I, ki se pogosto prodaja kot tableta z logotipom "i", postaja vedno bolj

([65]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346.
([66]) Skupni ukrep iz leta 1997, ki zadeva izmenjavo informacij, oceno tveganja in nadzor novih sintetičnih drog (UL L 167, 25.6.1997), opredeljuje nove sintetične droge kot: sintetične droge, ki trenutno niso navedene v nobenem od seznamov Konvencije Združenih narodov o psihotropnih snoveh iz leta 1971, ki pomenijo primerljivo resno nevarnost za javno zdravje kot snovi, navedene v Seznamih I ali II k omenjeni konvenciji, in ki imajo omejeno terapevtsko vrednost. Končne proizvode obravnava ločeno od predhodnih sestavin.
([67]) Večina navedenih novih snovi je precejšnja novost na tržišču in še nima priljubljenih (cestnih) imen.

priljubljen – o številnih manjših zasegih so poročali s Finske, Švedske in Združenega kraljestva, drogo pa so odkrili tudi v Franciji, Španiji in na Nizozemskem. Poleg tega so na Finskem in Nizozemskem zasegli relativno velike količine 2C-H (sestavine, ki pri ljudeh sicer ni aktivna, uporablja pa se kot predhodna sestavina pri 2C-I, 2C-C in 2C-B), obstaja pa tudi dokaz, da so imeli na Nizozemskem to snov namen uporabiti kot predhodno sestavino za proizvodnjo 2C-I.

Sintetične droge, pri katerih je verjetno nadaljnje širjenje

Kakor sta predvidela evropski sistem zgodnjega opozarjanja in ocena tveganja, ki jo je opravil znanstveni odbor Centra v okviru Skupnega ukrepa, sta GHB in ketamin sintetični drogi ([68]), pri katerih je verjetnost nadaljnjega širjenja v rekreativnih okoljih precejšnja .

GHB

Večina držav članic EU je ravnala v skladu z odločitvijo ZN iz marca 2001 o obvladovanju GHB. Leta 2003 so o policijskih ali carinskih zasegih GHB (navadno v tekočem stanju) poročali iz Belgije, Danske, Estonije, Španije, Francije, Finske, Švedske in Norveške. Poročalo se je o različnih trendih v zvezi z GHB. Švedska je poročala o upadu zasegov GHB leta 2003, Norveška o precejšnjem porastu, Združeno kraljestvo pa o nespremenjenem stanju. Tudi Nizozemska je poročala, da se stanje glede števila vzorcev GHB, dostavljenih Sistemu za spremljanje informacij o drogah (Drug Information Monitoring System – DIMS), ni spremenilo, čeprav je nizozemski Nacionalni center za strupe (National Poisons Centre) poročal o rahlem povečanju števila zahtev po informacijah o GHB. Estonija je poročala o precejšnjem povečanju razpoložljivosti GHB. Nizozemska in Belgija sta poročali o majhnih vzorcih GHB v prahu.

Norveška in Švedska sta poročali o precejšnjem povečanju zasegov kemikalij, ki so predhodne sestavine za GHB – GBL (gama-butirolakton) in BD (1,4-butandiol) ([69]) – ki se uporabljata na več načinov v različnih industrijskih procesih in sta zaradi tega široko na voljo (po zaužitju se oba hitro preoblikujeta v GHB). Iz Norveške in Švedske so poročali, da so predhodne sestavine za GHB na nezakonitem trgu lažje dostopne kot v prejšnjih letih.

V raziskave o drogah, ki se opravljajo v rekreativnih okoljih nočnih in plesnih klubov, se vedno pogosteje vključujejo vprašanja v zvezi z uživanjem GHB. V Nemčiji je Zvezni urad za kriminalne preiskave (BKA) poročal o porastu uživanja GHB ([70]), medtem ko so po navedbah panelne raziskave Antenna Amsterdam iz leta 2002 ([71]) v Amsterdamu "GHB še vedno uživali v skoraj vseh klubskih mrežah, vendar pa se je zdelo, da tisti, ki določajo trende, drogi niso bili več tako naklonjeni kot leto poprej, in da se je širjenje GHB zaustavilo". V Avstriji so med preiskavo v zvezi s preskušanjem tablet ugotovili, da je 12,6 % vzorca 225 mladih, ki se udeležujejo raverskih zabav na Dunaju, v življenju že kdaj užilo GHB (Benschop et al., 2002).

Med letom 2003 so v človeških vzorcih odkrili GHB v Belgiji, na Švedskem in Norveškem, v vzorcih, vzetih zastrupljenim osebam in pacientom na bolnišničnih oddelkih za nujne primere, pa v Španiji (v Barceloni) in na Nizozemskem. Število prošenj za pomoč v nujnih primerih, povezanih z GHB, se v Amsterdamu od leta 2001 do 2002 ni spremenilo, tj. nekaj več kot 60 primerov letno.

Ketamin

O zasegih in/ali odkritjih ketamina v človeških vzorcih v letu 2003 so poročali iz Belgije, Grčije, Španije, Francije, Finske, Švedske, Združenega kraljestva in Norveške. V Avstriji so pri raziskavi Benschop et al. (2002) ugotovili, da je 11,7 % vzorca 225 mladih, ki se udeležujejo raverskih zabav na Dunaju, v življenju že kdaj užilo ketamin. Ovira pri preprečevanju nadaljnjega širjenja ketamina je dejstvo, da je dovoljen kot veterinarsko zdravilo in zato se zdi, da je lahko dostopen, če se zaobide zakonita proizvodnja.

Tveganja za zdravje zaradi novih vzorcev uživanja

Leta 2003 je sistem zgodnjega opozarjanja omogočil državam članicam EU izmenjavo dragocenih informacij o nekaterih nadziranih snoveh, ki bi lahko pomenile resna tveganja za zdravje zaradi novih vzorcev uživanja. Na primer, države EU so bile na podlagi informacij, ki so jih poslali Belgija, Francija in Evropol, zgodaj opozorjene na tablete z visokim odmerkom MDMA, na podlagi informacij, ki jih je poslala Irska, pa o tabletah, ki se prodajajo kot ekstazi, vendar vsebujejo druge nevarne snovi, kot je DOB (2,5-dimetoksi-4-bromoamfetamin).

([68]) Pravzaprav nobena izmed njiju ni nova sintetična droga v smislu Skupnega ukrepa iz leta 1997, vendar pa se obe nadzira na podlagi njune ocene tveganja.

([69]) Poročila Reitox o napredku sistema za zgodnje opozarjanje za leto 2003.

([70]) Ibid.

([71]) Antenna Amsterdam je večmetodni sistem spremljanja, katerega cilj je ugotoviti in razložiti nove trende in razvoj dogodkov na področju uživanja dovoljenih in prepovedanih drog ter iger na srečo med mladimi v Amsterdamu ter posodabljati in izboljševati preprečevanje uživanja drog.

Poglavje 5

Kokain in crack kokain

Uvod

Za uživalce kokaina velja splošno prepričanje, da so bodisi bogati, sledijo modi in so vključeni v družbo, bodisi da so potisnjeni na družbeni rob, prikrajšani in socialno izključeni, pri čemer je kajenje kokaina posebno problematično. Poudariti je treba, da osredotočenost uživanja droge v določenih skupinah in geografskih območjih pomeni, da nacionalne serije podatkov morda slabo odražajo trende, ki bi bili lahko pomembni v skupnostih ali populacijah, v katerih se pojavljajo. Vendar pa narašča zaskrbljenost, da kokain morda v Evropi postaja vse bolj razširjen in da so uživalci te droge vse bolj socialno raznoliki.

Razširjenost uživanja kokaina

Raziskave prebivalstva na splošno

Po navedbah nedavnih nacionalnih raziskav je od 0,5 % do 6 % odraslega prebivalstva priznalo, da je vsaj enkrat v življenju poskusilo kokain, Španija in Združeno kraljestvo pa sta na zgornjem robu tega razpona. O nedavnem zaužitju kokaina (v zadnjih 12 mesecih) je na splošno poročal manj kot 1 % odraslih, čeprav so v Španiji in v Združenem kraljestvu stopnje nedavnega zaužitja višje od 2 %. Te številke so očitno nižje od primerljivih podatkov za konopljo, čeprav so ravni uživanja med mlajšimi odraslimi lahko precej višje od povprečja za prebivalstvo.

Med mlajšimi odraslimi (15–34 let) jih je v življenju kokain že kdaj poskusilo od 1 % do 10 %. Na splošno je število ljudi, ki se drogo zaužili v zadnjem času, približno polovico nižje od števila ljudi, ki so drogo v življenju že kdaj zaužili, Španija in Združeno kraljestvo pa poročata o številkah, ki presegajo 4 %.

Pri prebivalstvu na splošno je bilo uživanje kokaina prekinjeno po določenem obdobju eksperimentiranja na začetku odrasle dobe, ali pa je občasno, predvsem ob koncih tedna in v rekreativnih okoljih (bari in diskoteke).

Raziskave so ugotovile določene skupine, pri katerih je uporaba kokaina večja kot pri prebivalcih na splošno. Na primer, nedavne raziskave iz petih držav (Danske, Nemčije, Španije, Nizozemske in Združenega kraljestva) so ugotovile, da je 5–13 % mladih moških v starosti od 15 do 24 let v življenju že kdaj poskusilo kokain, medtem ko lahko v Španiji in Združenem kraljestvu odstotek ljudi, ki so kokain zaužili v zadnjem času, znaša celo 5–7 %. Verjetno drži, da so v mestnih območjih ravni uživanja precej višje. Poleg tega so usmerjene (nereprezentativne) raziskave med tistimi, ki obiskujejo plesne klube, pokazale, da je kokain v življenju že kdaj poskusilo 40–60 % takšnih obiskovalcev (EMCDDA, 2001).

Za primerjavo je izven Evrope mogoče navesti nacionalno raziskavo gospodinjstev Združenih držav v zvezi z drogami iz leta 2002, po kateri je 14,4 % odraslih (opredeljenih kot oseb, starih 12 let ali več) navedlo, da so v življenju že kdaj užili kokain, kar je več kot v katerikoli evropski državi. Izmed vprašanih jih je 2,5 % navedlo, da so užili kokain v zadnjem času (v zadnjih 12 mesecih), kar je tudi več kot v katerikoli evropski državi, z izjemo Španije (2,6 %) ([72]). Leta 2002 je v ZDA 18,1 % moških v starosti od 18 do 25 let navedlo, da so v življenju že kdaj poskusili kokain, 8,4 % pa jih je navedlo, da so ga užili v zadnjem času.

Trendi pri uživanju kokaina

Trende pri kokainu je na nacionalni ravni težko izslediti, saj so redne serije nacionalnih raziskav redke, velikosti vzorcev pa v nekaterih primerih majhne. Redne serije raziskav bodo omogočile boljše ugotavljanje trendov, zlasti z usmerjanjem analiz in vzorčenja na izbrane skupine, kot so mladi moški v urbanih območjih.

([72]) Rezultati iz nacionalne raziskave ZDA iz leta 2002 o uživanju drog in zdravstvenih statistikah (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies - Združenje za zlorabo snovi in storitve mentalnega zdravja (SAMSHA), Urad za uporabne študije). Na voljo na spletni strani združenja SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Vedeti je treba, da je starostni razpon v ameriški raziskavi (12 let in več) širši od starostnega razpona, o katerem poroča EMCDDA za raziskave v EU (15–64 let). Če bi podatki ZDA veljali za starostni razpon od 15 do 64 let, kot v EU, bi bili podatki najverjetneje višji.

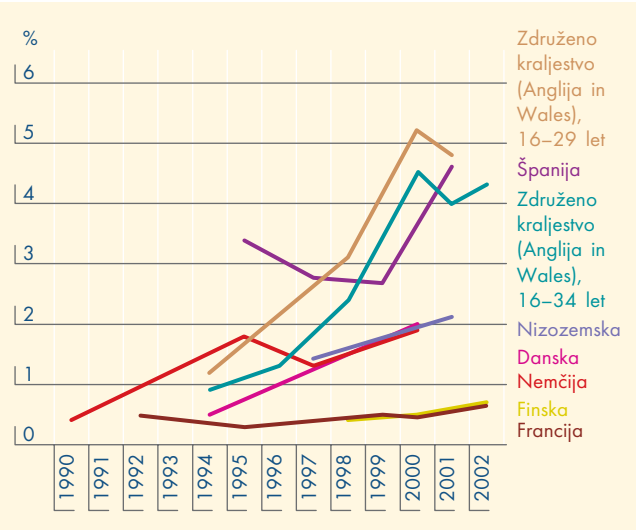
Prebivalstvo na splošno

Zdi se, da se je število mladih, ki so v zadnjem času užili kokain, do leta 2002 ves čas povečevalo predvsem v Združenem kraljestvu ([73]), v manjši meri pa verjetno tudi na Danskem, v Nemčiji, na Nizozemskem in v Španiji (Slika 9). Druge države so v svojih nedavnih nacionalnih poročilih Reitox (2001–2003) poročale o povečanjih, ki so temeljila na lokalnih ali kvalitativnih informacijah (Grčija, Irska, Italija in Avstrija).

Šolska populacija

Španija je med državami članicami edina, ki je sporočila nove podatke o nedavnem povečanju pri 15- do 16-letnih dijakih, ki so v življenju že kdaj poskusili kokain, kjer je prišlo do porasta s 4,1 % leta 2000 na 5,9 % leta 2002 ([74]). Čeprav v Italiji med 15 do 16-letnih dijakih ni bilo porasta, pa je bil le-ta zabeležen med starejšo italijansko šolsko mladino.

Slika 9: Razširjenost uživanja kokaina (v zadnjem letu) med mladimi odraslimi v nekaterih državah EU, merjeno z raziskavami prebivalstva



Opombe: Podatki so iz nacionalnih raziskav, ki so na voljo v posameznih državah. Številke in metodologija za vsako raziskavo se lahko preverijo v Raziskavi splošnega prebivalstva Tab 4 v Statističnem biltenu 2004.
Za mlade odrasle Center uporablja razpon 15–34 let (Danska in Združeno kraljestvo od 16, Nemčija od 18, Francija (1992: 25–34; in 1995: 18–39).
Vzorčne velikosti (vprašani) za skupino 15–34 let za vsako državo in leto so predstavljene v Raziskavi splošnega prebivalstva Tab 4 v Statističnem biltenu 2004.
Na Danskem številka iz leta 1994 ustreza "trdim drogam".

Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003, pridobljena iz poročil o raziskavah ali znanstvenih člankov. Glej posamezne vire v epidemioloških tabelah o raziskavah prebivalstva v Statističnem biltenu 2004.

Drugi kazalci

Rast kazalcev uživanja kokaina (potreba po zdravljenju ([75]), uporaba nizkopražnih programov za pomoč uživalcem drog, število nujnih bolnišničnih primerov, policijski zasegi, toksikološke ugotovitve in smrtni primeri) je v nekaterih državah zbujala skrb.

Zdi se, da po vsej EU narašča število s kokainom povezanih zdravljenj, v nekaterih državah pa je to povečanje še posebej izrazito. Na Nizozemskem in v Španiji (35 % oziroma 26 % vseh potreb) je kokain druga najbolj pogosto omenjena droga v zdravniških poročilih. Zdi se, da je v Evropi največ potreb po zdravljenju povezanih z uživanjem kokainovega prahu (na splošno kokainov hidroklorid).

Po svetu so kokainovi preparati, namenjeni kajenju, še posebej povezani s problematičnimi vzorci uživanja. O uporabi crack kokaina so kot o pojavljajočem ali rastočem problemu v določenih mestih ali regijah poročali v Nemčiji, Španiji, Franciji, na Irskem, Nizozemskem, v Avstriji in Združenem kraljestvu.

Vzorci uživanja

Na splošno mladi rekreativni uživalci uživajo kokain v majhnih količinah, redna uporaba pa je zelo redka. Poročila iz nekaterih držav (Nemčije, Španije, Nizozemske, Avstrije in Združenega kraljestva) vsekakor kažejo, da so celo med uživalci problematičnih drog, ki se odločijo za zdravljenje odvisnosti od drog in za nizkopražne programe za pomoč uživalcem drog, vzorci uživanja kokaina in cracka zelo različni tako med osebami, ki se zdravijo, kot v različnih časovnih obdobjih. Kljub vsemu pa so podatki o pogostosti uživanja kokaina in cracka ter o zaužitih količinah zelo omejeni. Raziskave prostorov za uživanje drog (varnih sob) kažejo, da je raven uživanja kokaina, namenjenega kajenju, še zlasti visoka pri prostitutkah, ki se odločijo za uporabo tovrstnih storitev (Stöver, 2001; Zurhold et al., 2001).

Načini uporabe

Za zagotovitev boljšega razumevanja tveganj za zdravje in kazalcev uživanja je potrebnih več informacij o načinih uporabe kokaina, ki morajo biti tudi bolj kakovostne. Kokainov hidroklorid (kokain v prahu) se navadno inhalira

([73]) Rezultati raziskave iz 2001/2002 sicer kažejo, da se ta rastoči trend med vsemi odraslimi in mlajšimi odraslimi uravnava (glej Sliko 7). Po podatkih Ministrstva za notranje zadeve se je uživanje kokaina med 1996 in 1998 ter 1998 in 2000 povečevalo z visoko 5-odstotno ravnijo. Vendar pa med letom 2000 in 2001-2002 ni prišlo do bistvenega povečanja.

([74]) Glej Razširjenost_Tab 1 v Statističnem biltenu 2004.

([75]) Glej Sliko 20 in TDI_Tab 10 v Statističnem biltenu 2004.

skozi nos, manj pogosteje pa vbrizgava, medtem ko se crack kadi s segretimi pipami, freebase kokain pa se "lovi" z vdihavanjem hlapov, ki nastanejo pri segrevanju droge, običajno na staniolni foliji nad ognjem. Poroča se tudi o kajenju kokaina v cigareti ali džointu.

Ljudje, ki delajo na področju zdravljenja odvisnosti od drog v Združenem kraljestvu, poročajo, da se crack kokain v povezavi z uživanjem heroina včasih tudi vbrizgava. "Crack" je, podobno kot rjavi heroin, netopljiv in ga je treba pred preobrazbo v njegovo aktivno obliko topljive soli zmešati s kislino ([76]).

Pogostost kajenja kot običajnega načina uporabe kokaina, v obliki crack kokaina ali freebase kokaina (različna preparata, ki ju je mogoče obravnavati kot farmakološko enakovredna), je leta 2002 upadla v primerjavi z letom 2000.

Smrtni primeri zaradi uživanja kokaina

Ob odsotnosti dokazov o uživanju opiatov se zdi, da so smrtni primeri zaradi zastrupitve, ki jo povzroči kokain, amfetamin ali ekstazi, redki.

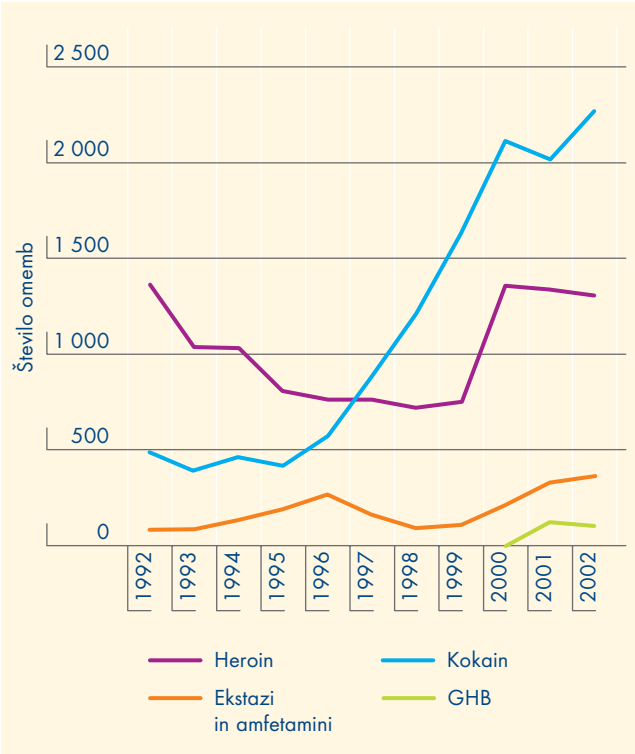
Dejstvo je, da veljavna statistika neustrezno beleži s kokainom povezane smrti, informacije pa se sporočajo v različnih oblikah. V nekaterih državah so kokain v kombinaciji z opiati odkrili pri precejšnjem deležu z drogo povezanih smrti (Portugalska 22 %, Španija 46 %). Ta številka je morda v drugih državah enako visoka, vendar pa sistemi poročanja smrti običajno pripišejo izključno opiatom, kadar se ugotovi njihova navzočnost. V Združenem kraljestvu so se "omembe" kokaina v mrliških listih v obdobju 1993–2001 osemkrat povečale. Na Nizozemskem se je število smrti zaradi kokaina povečalo z dveh primerov leta 1994 na 26 leta 2001. Delež z drogo povezanih smrtnih primerov, ki jih je mogoče pripisati izključno kokainu, brez navzočnosti opiatov, se giblje od 1 % do 10 %, čeprav so absolutne številke nizke.

Kokain lahko pomembno prispeva k smrtim zaradi srčno-žilnih težav (aritmije, miokardni infarkt, cerebralne hemoragije), zlasti pri uživalcih, ki so za to bolj dovzetni (npr. pri cerebralnih anevrizmah ali subkliničnih srčnih napakah). Mnogi izmed teh primerov lahko gredo mimo neopaženi zaradi premajhne ozaveščenosti in/ali zaradi razlik v socialnih okoliščinah žrtev v primerjavi z uživalci opiatov.

Znak potencialnih nevarnosti, povezanih z uživanjem kokaina, prihaja iz Španije ([77]), kjer je bil v obdobju 1999–2001 kokain omenjen v 44–49 % sprejemov na bolnišnične oddelke za nujne primere zaradi akutne reakcije na droge; pri precejšnjem deležu teh primerov se je kokain kadilo ali vbrizgalo. V Barceloni zbiranje podatkov o bolnišničnih nujnih primerih v vseh glavnih mestnih bolnišnicah skozi celo leto prek daljšega obdobja omogoča izčrpno sliko bolnišničnih sprejemov zaradi reakcij na drogo (Slika 10).

Poleg zdravstvenih težav neposredno povezanih s kokainom, se čedalje bolj pojavlja skrb v zvezi s snovmi za razredčevanje kokaina, ki lahko predstavljajo dodatno tveganje za zdravje. Fenacetin, na primer, je poročan kot običajen nadomestek v zaseženih vzorcih kokaina v prahu. Ta snov pa je povezana z obolenji jeter, ledvic in krvi, ter z rakom.

Slika 10: Število omemb droge v epizodah nujnih primerov v bolnišnicah, glede na vrsto droge, Barcelona, 1992–2002



Opombe: Posamezna epizoda nujnih primerov v bolnišnicah lahko vključuje omembo več snovi.
Vir: Sistema d'Informació de Droges de Barcelona (2003), *La Salut a Barcelona, 2002*, Barcelona: Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.

([76]) UK Forensic Science Service Drug Intelligence Unit (2003), Drug abuse trends: Crack issue, 24 (Trendi pri zlorabah drog: Vprašanje crack kokaina 24, str. 13).

([77]) V Španiji že več let spremljajo nujne bolnišnične primere zaradi akutnih reakcij na psihoaktivne snovi na vzorcu bolnišnic po vsej državi v odbobju enega tedna letno. Beležijo se "omembe" snovi. Glede metodoloških podrobnosti glej nacionalno poročilo Reitox za leto 2003 (str. 34–6).

Odzivi

Obravnavanje problematičnega uživanja kokaina

Problem uživanja kokaina se običajno obravnava v okolju, ki za drogo ni specifično, tj. skupaj z osebami, ki se zdravijo zaradi uživanja drugih prepovedanih (ali dovoljenih) drog. Možnosti zdravljenja so na splošno omejene na nefarmakološke intervencije, katerih cilj je spremeniti odvisno vedenje ne glede na drogo(-e), ki jo(jih) posameznik uživa. Takšne intervencije vključujejo intervencije nizke intenzivnosti, kot so svetovanje ter sprejemi v bolnišnico, in intervencije visoke intenzivnosti, kot so zdravljenje z dolgotrajno hospitalizacijo. Na voljo so lahko tudi alternativna zdravljenja, npr. akupunktura (Seivewright et al., 2000).

V zvezi z medicinsko podprtim zdravljenjem je treba povedati, da ni na voljo uveljavljenega farmakološkega zdravljenja za problematično uživanje kokaina. Uživalci kokaina imajo na voljo le omejeno izbiro farmakoloških zdravljenj, učinek teh zdravljenj pa ni prav dosti dokazan, če sploh. Z dvema sistematičnima pregledoma literature se je ugotovilo, da pri zdravljenju odvisnosti od kokaina ni nobenih dokazov v podporo klinični uporabi antikonvulziva karbamazepina ali antidepresivov (Lima et al., 2004a, b).

Omejen obseg intervencij zdravljenja, posebej namenjenih problematičnim uživalcem kokaina, se bo povečal z nekaterimi pobudami, usmerjenimi v to skupino oseb, ki se odločijo za zdravljenje. Na Nizozemskem je bila pred kratkim postavljena spletna stran za uživalce kokaina, v Združenem kraljestvu pa so storitve razširili spomladi 2003, ko so uvedli novo agencijo skupaj z novim usmerjanjem in izboljšanim usposabljanjem. V Avstriji delajo službe za zdravljenje odvisnosti na prilagoditvi storitev glede na potrebe problematičnih uživalcev kokaina.

Druge posledice pri uživanju kokaina

Ugotovitve v prostorih za nadzirano uživanje drog kažejo, da sta za nujne primere, povezane s kokainom, značilna izredna nemirnost in pogosta paranoja, osebje pa težko ugotovi, kako se odzvati (EMCDDA, 2004a). Povečanje trgovanja s crack kokainom je bilo povezano z višjo ravnijo agresije med uživalci in prodajalci (Stöver, 2001).

Ni jasno, v kakšni meri so problemi neposredna posledica uživanja kokaina v oblikah, ki jih je mogoče kaditi, samih po sebi ali pa so povezani s pogostnostjo in količino uživanja kokaina oziroma s predhodno obstoječimi socialnimi in psihološkimi problemi ter problemi z drogo. Odzivi vključujejo namensko razvita informativna gradiva o tveganjih in varnejšem uživanju, nadzirane prostore za uživanje (varne sobe), "prostore za streznitev" in "dnevna zavetišča", kamor se lahko uživalci umaknejo in kjer se lahko umirijo, pa tudi izvenbolnišnično zdravljenje (Stöver, 2001).

Izražena je bila zaskrbljenost glede potencialnega tveganja izpostavljanja mladih uživalcev drog, ki prihajajo v enote za zdravljenje predvsem zaradi težav, povezanih s konopljo, da bi si privzeli vedenjske vzorce in probleme uživalcev kokaina (Neale in Robertson, 2004).

Zasegi in informacije o tržišču ([78])

Proizvodnja in trgovanje

Kolumbija je daleč največji vir prepovedane koke na svetu, sledita pa ji Peru in Bolivija (UNODC, 2003a). Po ocenah je bilo leta 2002 na svetu proizvedenih 800 metričnih ton kokaina, k čemur je Kolumbija prispevala 72 %, Peru 20 %, Bolivija pa 8 %. Večina kokaina, zaseženega v Evropi, prihaja neposredno iz Južne Amerike (zlasti Kolumbije) ali pa prek Srednje Amerike in Karibov. Leta 2002 je nekaj kokaina, s katerim se je trgovalo v Evropi, šlo čez Brazilijo (in od tam na Portugalsko) ali ZDA (in od tam v Italijo). Glavne točke vstopa v EU so Španija, Portugalska in Nizozemska, v manjši meri pa tudi Francija in Združeno kraljestvo (nacionalna poročila Reitox, 2003; UNODC, 2003a; INCB, 2004a).

Zasegi

Po podatkih Komisije za narkotične droge (Commission on Narcotic Drugs - CND, 2004) je kokain med drogami, s katerimi se na svetu najpogosteje trguje, na tretjem mestu za konopljo in konopljino smolo (hašišem). V zvezi z zaseženimi količinami je treba povedati, da se je leta 2002 s kokainom še naprej največ trgovalo v obeh Amerikah in Evropi. V tej je bilo zaseženih 13.5 % vseh po svetu zaseženih količin kokaina (CND, 2004). Znotraj Evrope je do večine zasegov kokaina prišlo v zahodnih državah. Med letoma 1997 in 2002 je bila Španija država EU z najvišjo stopnjo zasegov kokaina. Leta 2001 in 2002 ([79]) je v njej prišlo do več kot polovice zasegov v EU tako po številu zasegov kot po zaseženih količinah.

([78]) Glej Poglavje 3, Razlaga podatkov o zasegih in tržišču (str. 30).

([79]) Čeprav bi bilo treba to preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2002. Podatkov o številu zasegov kokaina leta 2002 ni bilo na voljo za Belgijo, Nizozemsko in Slovenijo; podatkov tako o številu zasegov kokaina kot o količinah zaseženega kokaina v letu 2002 ni bilo na voljo za Irsko, Ciper, Madžarsko, Malto, Poljsko, Slovaško in Združeno kraljestvo

V obdobju 1997–2002 se je število zasegov kokaina ([80]) povečalo v vseh državah, razen v Nemčiji in Italiji. Glede na trende v državah, iz katerih so na voljo podatki, je precej verjetno, da bo potrjeno povečanje zasegov kokaina na ravni EU tudi v letu 2002.

V istem petletnem obdobju so količine zaseženega kokaina ([81]) naraščale in upadale, njihov trend pa je bil usmerjen navzgor. Po rekordnem obsegu zasegov kokaina leta 2001 so se leta 2002 količine zaseženega kokaina na ravni EU precej zmanjšale ([82]) – predvsem zaradi zmanjšanja količine, ki jo je zasegla Španija (in Portugalska) v primerjavi z letom 2001, čeprav so nekatere države (Nemčija, Francija, Italija, Norveška) poročale o velikih povečanjih količin zaseženega kokaina. Upad količin leta 2002 zaseženega kokaina v Španiji, na Nizozemskem in Portugalskem, skupaj s povečanjem, o katerem poročajo Francija, Nemčija in Italija, morda kaže na spremembo ustrezne pomembnosti vstopnih postaj, ki jih preprodajalci tradicionalno uporabljajo za kokain, namenjen Evropi (CND, 2004). V zvezi s tem je treba poudariti tudi, da je v začetku leta 2002 Nizozemska sprejela stroge ukrepe, da bi zmanjšala čedalje večji pretok kurirjev s kokainom na poti iz Karibov na letališče Schiphol in kot posledica se je število aretacij kurirjev močno povečalo.

Čeprav so nekatere države EU poročale o zasegih crack kokaina, teh včasih ni mogoče razločiti od zasegov kokaina. Zato zgoraj poročani trendi glede zasegov kokaina lahko vključujejo tudi crack.

Mednarodni ukrepi proti trgovanju s kokainom

Trgovanje s kokainom še naprej v veliki meri nadzirajo kolumbijski kriminalci. V distribucijo te snovi pa so vpletene tudi skupine iz Albanije in Afrike. Interpolova operacija Trampolin (Operation Trampoline) je razkrila tihotapljenje kokaina iz Venezuele in Kolumbije v Curaćlo. S to operacijo so identificirali več velikih prekupčevalskih organizacij, katerih delovanje s Karibov poteka praktično v vse regije sveta (Interpol, 2002). Med letom 2003 je vzdolž atlantske obale Evrope prišlo do številnih zelo pomembnih pomorskih operacij za boj proti trgovanju s kokainom. Zasegli so 29 ton. Večino teh operacij so izvedli španski organi.

Operacija Škrlatno (Operation Purple), mednarodni program za sledenje kalijevemu hipermanganu (ki se uporablja za nezakonito proizvodnjo kokaina), ki so ga uvedli leta 1999, je še naprej žela uspehe. Med letom 2003 se je za skoraj 900 ton te kemikalije preprečilo, da bi jih uporabili pri nezakoniti proizvodnji drog.

Leta 2002 sta Svetovna carinska organizacija (WCO) in Interpol začela skupno pobudo, operacijo Andi (Operation Andes), da bi nacionalnim carinskim in policijskim organom omogočila izmenjavo in analizo informacij, ki bi v Čilu, Boliviji, Kolumbiji, Argentini in Peruju pomagale odkrivati nezakonite pošiljke kemikalij, ki se uporabljajo kot predhodne sestavine (WCO, 2003).

Cena in čistost

Povprečna maloprodajna cena ([83]) kokaina se je leta 2002 po EU močno razlikovala, od 38 EUR za gram na Portugalskem, do 175 EUR za gram na Norveškem. Med letoma 1997 in 2002 je povprečna maloprodajna cena kokaina v vseh državah EU ostala stabilna ali pa je padla. O podobnih ugotovitvah se je poročalo za leto 2002, z izjemo Češke republike in Litve, kjer so se cene povečale v primerjavi s prejšnjim letom.

V primerjavi s heroinom je bila povprečna čistost na ravni uživalca visoka in se je leta 2002 gibala od 28 % v Estoniji do 68 % v Češki republiki in Norveškem. Med letoma 1997 in 2002 se je povprečna čistost kokaina v večini držav EU, ki so sporočile podatke o časovnih trendih, zmanjšala. Leta 2002 se je čistost kokaina še naprej zniževala v večini držav, razen v tistih, ki so poročale o najvišjih stopnjah povprečne čistosti, kot so Belgija, Češka republika, Luksemburg in Norveška, kjer so zabeležili povečanje povprečne čistosti kokaina.

([80]) Glej Trgi_Tab 5 v Statističnem biltenu 2004.
([81]) Glej Trgi_Tab 6 v Statističnem biltenu 2004.
([82]) To je treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2002.
([83]) Glej Trgi_Tab 14 v Statističnem biltenu 2004.

Poglavje 6

Heroin in uživanje drog z vbrizgavanjem

Problematično uživanje drog

Redno in neprekinjeno uživanje heroina, vbrizgavanje drog, v nekaterih državah pa tudi intenzivna uporaba stimulansov, predstavljajo v Evropi velik del z drogami povezanih zdravstvenih in socialnih problemov. Število posameznikov s takšnim ravnanjem je glede na celotno populacijo razmeroma majhno, vendar pa je vpliv problematičnega uživanja drog precejšen. Zaradi boljšega razumevanja obsega problema in trajnega spremljanja trendov, sodeluje Center z državami članicami pri opredelitvi pojma "problematično uživanje drog" ter pri razvoju strategij za merjenje stopnje in vpliva tega pojava.

Problematično uživanje drog je opredeljeno kot "uživanje drog z vbrizgavanjem oziroma dolgotrajno/redno uživanje opiatov, kokaina in/ali amfetaminov" ([84]). Razlike v opredelitvah in metodološke negotovosti kažejo na to, da je podajanje zanesljivih ocen na tem področju težavno ter da je treba razlike med državami ali v daljšem časovnem obdobju razlagati previdno.

Razširjenost

Po ocenah se razširjenost problematičnega uživanja drog giblje med 2 in 10 primerov na 1 000 prebivalcev v starosti od 15–64 let (na podlagi srednje vrednosti ocen) oziroma do 1 % odraslega prebivalstva ([85]). Vpliv problematičnega uživanja drog je večji znotraj nekaterih geografskih območij, kot so revna mestna jedra, ter pri nekaterih značilnih skupinah, zlasti pri mlajših moških, kar naj bi imelo za posledico večjo problematično uporabo v nekaterih skupnostih. Danska, Italija, Luksemburg, Portugalska in Združeno kraljestvo poročajo o višjih ocenah (6–10 primerov na 1 000 prebivalcev v starosti od 15–64 let), medtem ko so ocene Nemčije, Grčije, Nizozemske in Finske nižje (manj kot 4 primeri na 1 000 prebivalcev v starosti od 15–64 let; Slika 11). Med ocenami novih držav EU so na voljo le dobro dokumentirane ocene iz Češke republike, Poljske in Slovenije, ki zavzemajo nizke do srednje vrednosti s 4,9, 1,9 oziroma 5,3 na 1 000 prebivalcev v starosti od 15–64 let.

Kljub precejšnjemu izboljšanju tehnik ocenjevanja pa je vrednotenje trendov problematičnega uživanja drog oteženo zaradi pomanjkanja zanesljivih in doslednih podatkov iz preteklosti. Po poročilih nekaterih držav o spremembah ocen, podprtih z drugimi podatki iz kazalcev, se je problematično uživanje drog od sredine devetdesetih let povečalo. Na razpolago so podatki iz 19 držav, od katerih jih 9 poroča o porastu problematičnega uživanja drog od srednjih ali poznih devetdesetih let: Belgija, Danska, Nemčija, Italija, Luksemburg, Finska, Švedska (med letoma 1992 in 1998), Združeno kraljestvo in Norveška. Belgija in Norveška poročata o porastu, ki temelji na ocenah uživanja drog z vbrizgavanjem. Čeprav v novih državah članicah ni na voljo dolgoročnih serijskih nacionalnih ocen, pa lahko na osnovi drugih dokazil sklepamo o spreminjanju trendov. Na podlagi številnih kazalcev lahko sklepamo, da se je problematično uživanje drog v Češki republiki od poznih devetdesetih let uravnalo, medtem ko je v Estoniji opaziti močan porast nekaterih kazalcev problematičnega uživanja drog. Zaradi potencialne dovzetnosti držav na socialnem in gospodarskem prehodu za težave z drogami je treba v novih državah članicah razvijati nadzorne zmogljivosti.

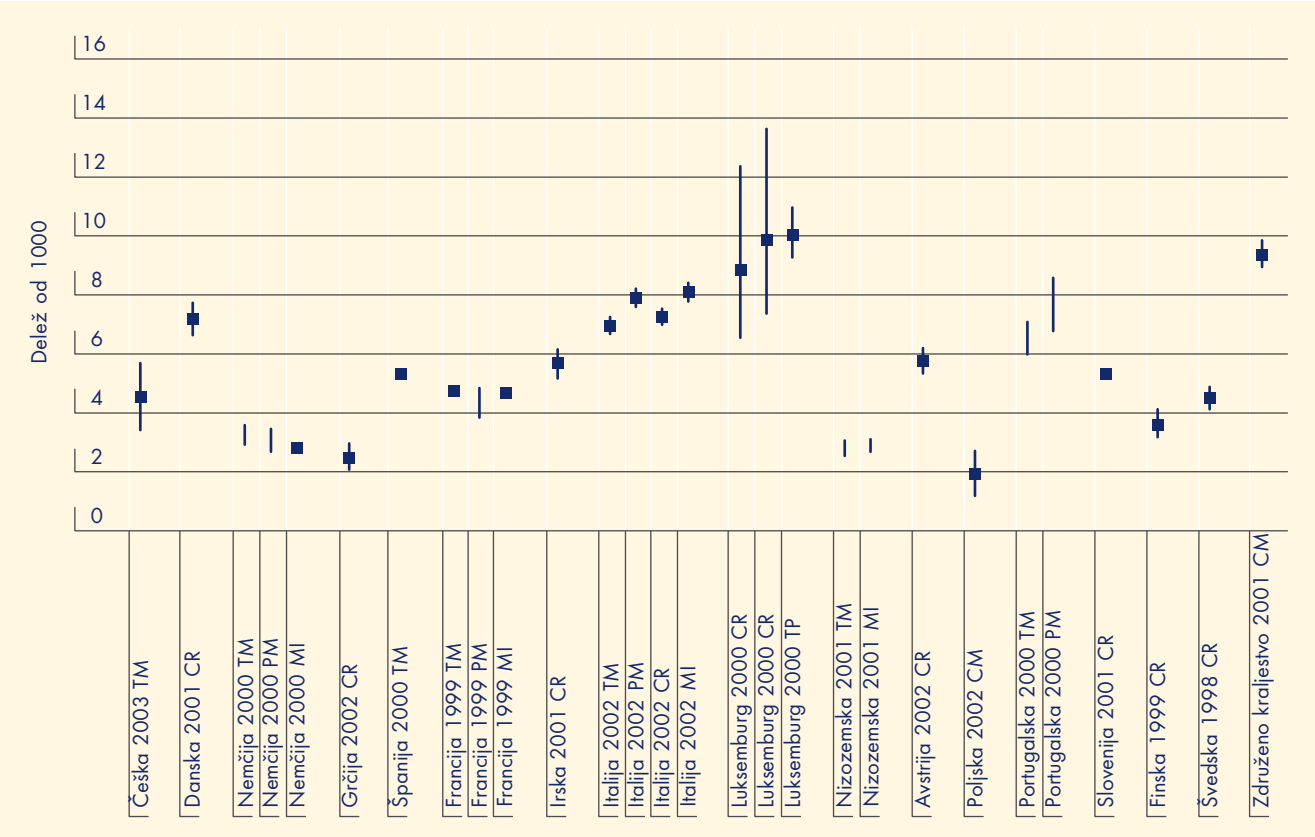
Vzorci in obseg uživanja drog

Problematično uživanje drog lahko razdelimo na pomembne skupine. Predvsem je treba ločiti med uživanjem heroina, ki je v preteklosti zajemal največji del problematične uporabe drog v večini držav EU, ter problematično uporabo stimulansov, ki prevladuje na Finskem in Švedskem, kjer večina uživalcev drog uživa amfetamine. Podobno v Češki republiki uživalci amfetaminov že tradicionalno predstavljajo največji delež problematičnega uživanja drog.

Problematično uživanje drog postaja vse bolj raznoliko, zato Center trenutno preverja, ali bi bilo treba glede na spremembe tega pojava prečistiti evropske operativne

([84]) Za več podrobnosti glej metodološke opombe o problematičnem uživanju drog v Statističnem biltenu 2004.
([85]) Glej Razširjenost_Tab 3 in Razširjenost_Tab 4 v Statističnem biltenu 2004.

Slika 11: Ocenjena stopnja problematičnega uživanja drog (delež od 1000, starih 15–64 let)



Opombe: CR = *Capture–recapture*; TM = *Treatment Multiplier*, PM = *Police Multiplier*; MI = *Multivariate Indicator*; TP = *Truncated Poisson*; CM = *Combined Methods*
Ciljne skupine se lahko rahlo razlikujejo zaradi različnih metod in virov podatkov, zato je treba primerjave opraviti pazljivo. Za podrobnejše podatke glej Razširjenost Tab 3 in Tab 4 v Statističnem biltenu 2004. Švedska ocena je bila prilagojena, da ustreza opredelitvi Centra o problematični uporabi drog. Španska ocena ne vključuje problematičnega uživanja kokaina; višja ocena je na voljo v Razširjenost Tab 3 in Tab 4, ki upošteva tudi to skupino, vendar je mogoče zato manj zanesljiva.

Viri: Nacionalne kontaktne točke. Glej tudi projekt Centra *Nacionalne ocene razširjenosti problematičnega uživanja drog v Evropski uniji, 1995–2000* (National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000), CT.00.RTX.23, Lizbona, Center, 2003. Uskladil Institut für Therapieforschung, München (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

opredelitve. Na primer, v večini držav se povečuje problem uživanja več različnih drog, medtem ko v nekaterih državah, kjer so v preteklosti največji problem predstavljali opiati, stopajo v ospredje druge droge. V Španiji, kjer po ocenah število problematičnih uživalcev opiatov upada in je opazen porast problemov, povezanih s kokainom, vseeno ni na voljo zanesljivih časovnih ocen trendov problematičnega uživanja drog, ki bi vključevale problematično rabo kokaina. Nemčija in Nizozemska poročata o povečanem deležu uživalcev crack kokaina, čeprav ostaja povprečna ocena problematičnih uživalcev drog na Nizozemskem nespremenjena.

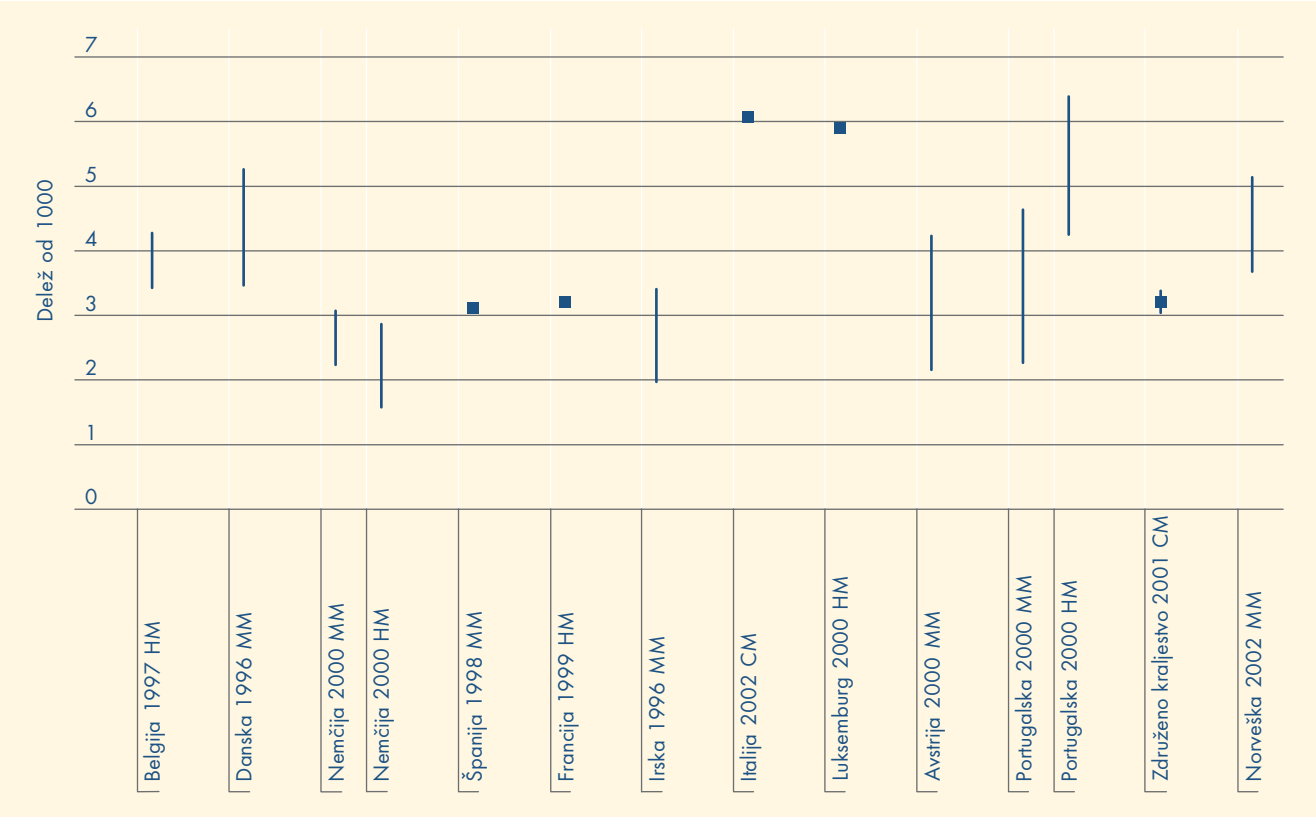
Tehtano povprečje problematičnega uživanja drog v EU se verjetno giblje med štirimi in sedmimi primeri na 1 000 prebivalcev v starosti od 15–64, kar pomeni 1,2–2,1 milijonov problematičnih uživalcev drog v EU po razširitvi, izmed katerih jih je okrog 850 000 do 1,3 milijona aktivnih injicirajočih uživalcev. Vendar pa te ocene še zdaleč niso dokončne in jih bo treba osvežiti, ko bo na razpolago več podatkov iz novih držav članic.

Vbrizgavanje droge

Injicirajoči uživalci drog so izpostavljeni velikemu tveganju za škodljive posledice, zato je treba vbrizgavanje drog obravnavati posebej, kot glavno kategorijo problematičnega uživanja drog.

Ocene uživanja drog z vbrizgavanjem temeljijo na posrednih (tehničnih, multiplikacijskih) metodah iz podatkov o smrtnosti ali podatkov o okužbi z virusom človeške imunske pomanjkljivosti (HIV) ali virusom hepatitisa C (HCV). Vendar pa se na podlagi kakovosti podatkov in metodoloških zadev zastavljajo vprašanja glede razlage: na primer, na podlagi teh ocen ni mogoče jasno ločevati med uživalci, ki si drogo redno vbrizgavajo,

Slika 12: Ocenjena stopnja uživanja drog z vbrizgavanjem (delež od 1000, starih 15–64 let)



Opombe: MM = *Mortality Multiplier;* HM = *HIV Multiplier;* CM = *Combined Methods for injecting drug use (IDU) estimation;* Ciljne skupine se lahko rahlo razlikujejo zaradi različnih metod in virov podatkov, zato je treba primerjave opraviti pazljivo. Za podrobnejše podatke glej Razširjenost Tab 3 in Tab 4 v Statističnem biltenu 2004. Pomnoževalniki smrtnosti in HIV (Mortality and HIV multipliers) naj bi dali oceno o (večinoma trenutnem) uživanju drog z vbrizgavanjem, ki pa je samo del problematičnega uživanja drog. Druge metode naj bi dale ocene o problematičnem uživanju drog. Za več podrobnosti glej Razširjenost Tab 3 in Tab 4 v Statističnem biltenu 2004.

Viri: Nacionalne kontaktne točke. Glej tudi projekt Centra *Nacionalne ocene razširjenosti problematičnega uživanja drog v Evropski uniji, 1995–2000* (National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000), CT.00.RTX.23, Lizbona, Center, 2003. Uskladil Institut für Therapieforschung, München (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372).

in tistimi, ki so drogo v življenju že kdaj zaužili, pa tudi pri primerjavah med državami je treba biti previden. Razpoložljive ocene uživanja drog z vbrizgavanjem na nacionalni ravni se gibljejo med dvema in šestimi primeri na 1 000 prebivalcev v starosti od 15–64 let (Slika 12).

Analize stopenj vbrizgavanja uživalcev heroina na zdravljenju kažejo na znatne razlike med državami glede razširjenosti rednega uživanja drog z vbrizgavanjem, kot tudi spremembe trendov v daljšem časovnem obdobju ([86]). Razpoložljivi podatki kažejo, da si manj kot polovica (43 %) uživalcev drog, ki so se prvič zdravili zaradi uživanja heroina, drogo redno vbrizgava, v primerjavi z dvema od treh (62 %) vseh zdravljenih uživalcev (utežene sredine). Kaže, da si v nekaterih državah (Španija, Nizozemska, Portugalska) relativno majhen delež uživalcev heroina drogo vbrizgava, medtem ko je v drugih državah (Češka republika, Slovenija, Finska) vbrizgavanje heroina še vedno pravilo. Zdi se, da je v več državah, ki so že dlje časa članice EU in iz katerih so na voljo podatki, uživanje drog z vbrizgavanjem v devetdesetih letih upadlo. Vendar pa je zaskrbljujoče dejstvo, da v nekaterih državah (Nemčija, Irska, Finska) ni videti, da bi uživanje drog z vbrizgavanjem upadlo in kaže celo znake naraščanja, medtem ko se zdi, da si v novih državah članicah, vsaj v tistih, za katere so na voljo podatki, očitno skoraj vsi uživalci heroina drogo vbrizgavajo.

Zasegi in informacije o tržišču ([87])

Proizvodnja, promet in zasegi opiatov

Večina prepovedanega opija in heroina na svetu prihaja iz nekaj držav (UNODC, 2003a). Po ocenah naj bi bila svetovna proizvodnja prepovedanega opija v letu 2002 okrog 4 500 metričnih ton, k čemur je Afganistan prispeval 76 %, večina preostale količine pa je prišla iz jugovzhodne Azije, od tega okrog 18 % iz države

([86]) Glej Sliko 9: Trendi uživanja drog z vbrizgavanjem.

([87]) Glej Poglavje 3, Razlaga podatkov o zasegih in tržišču (str. 30).

Mjanmar in 3 % iz Laosa. Svetovna proizvodnja opija v zadnjih petih letih je ostala stabilna, razen v letu 2001, ko je zaradi prepovedi gojenja vrtnega maka, ki jo je uvedel talibanski režim v Afganistanu, proizvodnja za kratek čas močno upadla.

Največ heroina, ki se ga užije v EU, se pridela v Afganistanu ali ob trgovskih poteh za opij, predvsem v Turčiji (UNODC, 2003a), v Evropo pa vstopi po dveh glavnih trgovskih poteh. Glavno vlogo pri tihotapljenju heroina ima še vedno zgodovinsko pomembna balkanska pot. Ta gre preko Pakistana, Irana in Turčije in se potem razdeli na južno vejo, ki poteka preko Nekdanje jugoslovanske republike Makedonije, Albanije, dela Italije, Srbije, Črne gore ter Bosne in Hercegovine, in na severno vejo, ki poteka preko Bolgarije, Romunije, Madžarske in Avstrije. Od sredine devetdesetih let je bilo vse več heroina pretihotapljenega v Evropo po "Svileni poti" preko Srednje Azije, Kaspijskega morja in Ruske federacije (nacionalna poročila Reitox, 2003; UNODC, 2003a; CND, 2004; INCB, 2004a). Kljub temu, da so to najpomembnejše poti, pa do zasegov občasno pride tudi na drugih mestih, vključno z nekaterimi afriškimi državami in Kolumbijo.

Poleg uvoženega heroina se znotraj EU pridelujejo tudi nekatere droge v obliki opiatov. Pridelavo teh predstavljajo omejene količine domačih izdelkov iz vrtnega maka (npr. koncentrat vrtnega maka iz zdrobljenih makovih stebel ali glavic) v številnih vzhodnih državah EU, kot so Češka republika, Estonija, Litva in Poljska. Obstajajo dokazi, da te doma narejene izdelke z nezakonitega trga izriva uvožen heroin.

Količinsko gledano je leta 2002 še vedno veljalo, da se največ heroina na svetu zaseže v Aziji (52,5 %) in Evropi (28,1 %) (CND, 2004), zasegi v Evropi pa so bili omejeni na zahodne države. Od leta 1998 je bilo po številu in količini zasegov heroina na prvem mestu Združeno kraljestvo, temu pa je sledila Španija ([88]). Leta 2001 je bilo za tretjino celotnega števila zasegov heroina in 40 % celotne količine zaseženega heroina v EU odgovorno Združeno kraljestvo.

Do leta 1998 so bile količine zaseženega heroina ([89]) v EU stabilne, potem pa so v letih 1999 in 2000 narasle. Glede na trende v državah, za katere so na voljo podatki, se celotna količina heroina, zasežena v EU, ni spreminjala od leta 2000 ([90]), čeprav je število zasegov heroina v letu 2002 upadlo v vseh državah, iz katerih so na voljo podatki ([91]).

Skrb vzbujajoča so nedavna poročila o trgovanju s fentanilom, sintetičnim opiatom, ki je 100-krat močnejši od heroina ([92]). Pred kratkim so poročali o zasegih v nekaj državah, ki mejijo na Baltsko morje, in v Ruski federaciji. Na Švedskem je bil fentanil zasežen dvakrat, in sicer leta 2002 in 2003. V Estoniji sta se fentanil in metilfentanil pojavila na trgu z drogami konec leta 2001 kot nadomestka za heroin, čemur je sledilo 68 zasegov fentanila in 11 zasegov metilfentanila v letu 2002. Na Finskem je bila leta 2002 zaplenjena pošiljka na debelo 3-metilfentanila. V Litvi so leta 2002 našli fentanil v šestih zasegih. INCB (2004a) je poročal o nedavnem zasegu 41 kilogramov fentanila v Ukrajini ter o uničenju treh laboratorijev, kjer so ga sintetizirali. Močno povečana količina fentanila na evropskem trgu z drogami bi lahko bila zaskrbljujoča, ker pri njem obstaja velika možnost, da bo povzročil težave. To je še posebej poudarjeno v poročilih iz Baltskih držav, ki navajajo smrtne primere v zadnjih dveh letih zaradi prevelikega odmerka drog, kjer so s toksikološkimi analizami odkrili tudi fentanil, pogosto v kombinaciji s heroinom. Glede te droge je treba biti previden, saj se lahko zgodi, da se o njej ne bo poročalo, še posebej, če je pomešana s prepovedanim heroinom zaradi povečanja splošnega učinka. Poleg tega obstaja nekaj nepreverjenih poročil o uživanju neuradno pridobljenih proizvodov fentanila; na primer, iz Grčije poročajo o uživalcih drog, ki so pridobivali fentanil iz analgetskih obližev Durogesic®.

Zdi se, da se buprenorfin – farmacevtski opioid – pojavlja na črnem trgu nekaterih držav EU, na primer v Češki republiki, kjer se je Subutex® pojavil leta 2002, in v Združenem kraljestvu, od koder zadnje tri leta poročajo o zasegih. Finska je poročala o velikih zasegih Subutexa® v letih 2001 in 2002, Norveška pa o velikem zasegu Temgesica® leta 2002. To do neke mere niti ne preseneča, saj se je v mnogih državah močno povečalo predpisovanje buprenorfina. Vendar pa so pri tej drogi možnosti za zlorabo majhne, zato je treba ta poročila nadalje raziskati.

Mednarodni ukrepi proti trgovanju s heroinom

Da bi se lažje soočili z izzivom vse večje proizvodnje heroina iz Afganistana (Europol, 2003), se povečuje splošno sodelovanje po vsem svetu. Od leta 2002 se Interpolov projekt NEHRO ([93]) ukvarja z novo heroinsko

([88]) Čeprav bi bilo treba to preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2002. Podatkov o številu zasegov heroina leta 2002 ni bilo na voljo za Belgijo, Madžarsko, Nizozemsko in Poljsko; podatkov tako o številu zasegov heroina kot o količinah zaseženega heroina leta 2002 ni bilo na voljo za Irsko, Ciper, Malto, Slovaško in Združeno kraljestvo.

([89]) Glej Trgi_Tab 4 v Statističnem biltenu 2004.

([90]) To je treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2002.

([91]) To je treba preveriti, ko bodo na voljo manjkajoči podatki za leto 2002.

([92]) Če pride do slučajnega zaužitja fentanila, ker se ga zmotno zamenja za heroin, je tveganje za toksičnost zelo veliko.

([93]) Severnoevropska heroinska pot.

trgovsko potjo med Srednjo Azijo in zahodno Evropo (Interpol, 2002; Europol, 2003). Svetovna carinska organizacija je začela operacijo Tamerlane (Operation Tamerlane), s čimer naj bi vključila okrepitev, ki zajema carinske, policijske in obmejne varnostne organe vseh držav, skozi katere poteka Svilena pot ali ki mejijo na njo (WCO, 2003a).

Leta 2003 so z operacijo Topaz (Operation Topaz), mednarodnim programom za preprečevanje zlorabe anhidrida ocetne kisline, pomembne kemikalije, ki se uporablja pri izdelavi heroina, razkrili trgovske mreže in glavne družbe, ki so zlorabljale ta proizvod v Evropi. Operaciji so se pridružili tudi Afganistan in druge azijske države. Operacija Topaz je le ena od mednarodno usklajenih aktivnosti, ki predstavljajo trende, usmerjene proti predhodnim sestavinam, potrebnim za nedovoljeno proizvodnjo mamil, prav tako kot proti snovem samim.

Cena in čistost heroina

V Evropi se heroin pojavlja v dveh oblikah: običajno je na voljo rjavi heroin (njegova osnovna kemična oblika), manj pogosto pa dražji beli heroin (oblika soli), ki navadno izvira iz jugovzhodne Azije. Po poročilih na bi se leta 2002 povprečna cena rjavega heroina na cesti v EU gibala med 29 EUR za gram na Madžarskem in 161 EUR za gram na Švedskem, medtem ko se je cena belega heroina gibala med 32 (Madžarska) do 213 (Švedska) EUR za gram ([94]). Te razlike v ceni najverjetneje odražajo čistost prodajane droge. Zadnjih pet let se povprečne maloprodajne cene tako rjavega kot belega heroina v državah, ki so sporočile svoje podatke, niso spreminjale ali pa so padle, izjema pa je bila Češka republika, kjer so cene narasle. Leta 2002 je povprečna cena rjavega heroina na cesti padla v šestih od skupno devetih EU držav, ki so posredovale podatke, medtem ko večina držav (štiri od šestih) poroča o porastu povprečne cene belega heroina.

Leta 2002 se je v EU povprečna čistost rjavega heroina na cesti gibala med 10 % v Luksemburgu do 43 % v Španiji, medtem ko je bila povprečna čistost belega heroina med 7 % v Estoniji in na Finskem, do 75 % na Norveškem. V zadnjih petih letih se je čistost heroina v večini EU držav zmanjšala ali ostala nespremenjena. Leta 2001 se je v večini držav, ki so posredovale te podatke (7 od 10), čistost rjavega heroina povečala, vendar je leta 2002 prišlo do preobrata, ko je pet (od sedmih) držav poročalo o znatnem padcu povprečne čistosti: Danska, Luksemburg, Portugalska, Združeno kraljestvo in Norveška. Povprečna čistost belega heroina na cesti je upadla tako leta 2001 kot 2002, vendar pa so podatki o časovnem trendu na voljo le za tri države (Danska, Estonija, Finska).

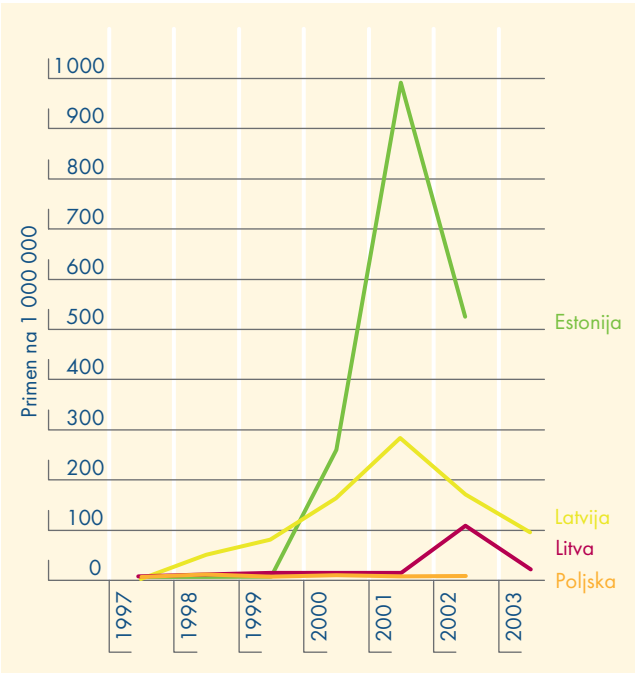
Z drogo povezane nalezljive bolezni

HIV

V nekaterih novih državah EU in njihovih sosedah se epidemija HIV hitro širi. V svetovnem merilu se epidemija HIV najhitreje širi v Estoniji, Latviji, Rusiji in Ukrajini. Stopnje razširjenosti v drugih novih državah EU se močno razlikujejo in v mnogih obstaja nevarnost za podobne izbruhe. V nekaterih "starih" državah EU, ki so se doslej uspele izogniti velikim epidemijam HIV med injicirajočimi uživalci drog, pa se zdaj kažejo znaki povečane nevarnosti.

Analize podatkov o sporočenih primerih o uživalcih, ki si drogo vbrizgavajo, kažejo, da je pojav HIV v Estoniji in Latviji dosegel svoj vrh leta 2001, z 991 in 281 primeri na milijon prebivalcev, čemur je sledil upad leta 2002, ko je bilo razmerje še vedno visoko, 525 in 170 na milijon prebivalcev letno (Slika 13) (EuroHIV, 2004). Padec bi lahko pripisali načinom poročanja, zasičenosti injicirajočih uživalcev drog na najvišji stopnji tveganja in/ali vedenjski spremembi. Izmed vseh novih držav EU so Estonija

Slika 13: Prijavljeni novo ugotovljeni primeri okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog na milijon prebivalcev v nekaterih novih državah članicah EU



Vir: Evropski center za epidemiološko spremljanje AIDS-a (EuroHiv).

([94]) Glej Trgi_Tab 14 v Statističnem biltenu 2004.

(6,2–13 %), Latvija (6,6–14,6%) in Poljska (6,8–9,1 %) poročale o največji razširjenosti v različnih nacionalnih vzorcih injicirajočih uživalcev drog, ki so bili testirani v letih 2001–2003, medtem ko je bil lokalni vrh v teh letih in v teh državah 41 % (izmed 964), 22 % (izmed 205) oziroma 29,7 % (izmed 165). Zdi se, da podatki iz različnih virov o razširjenosti okuženosti s HIV potrjujejo nedaven upad razširjenosti med testiranimi injicirajočimi uživalci drog v Estoniji (6,2 % leta 2002 med 1 186 primeri injicirajočih uživalcev drog na nacionalni ravni, v primerjavi s 13 % od 2 078 leta 2001). Tudi v Latviji nacionalni podatki iz centrov za zdravljenje odvisnikov kažejo na upad razširjenosti med testiranimi injicirajočimi uživalci drog (13,7 % leta 2001 v primerjavi s 6,6 % leta 2003), vendar pa podatki iz drugih nacionalnih (podatki iz bolnišnic in zaporov: 7,8 % leta 2000 v primerjavi s 14,6 % leta 2002) in lokalnih virov (več področij v Rigi in okolici ter v mestu Tukums: 18,3 % leta 2000 v primerjavi z 22 % leta 2003) kažejo, da se razširjanje nadaljuje pri drugih vzorcih testiranih injicirajočih uživalcev drog. V Litvi je leta 2002 prišlo do velikega porasta novo prijavljenih primerov HIV zaradi velikega izbruha v zaporu. Vendar pa razširjenost med injicirajočimi uživalci drog ostaja majhna (leta 2002 in 2003: 1 % od 2 831 in 2,4 % od 1 112 injicirajočih uživalcev drog iz različnih okolij na nacionalni ravni ter 0,6 % od 641 in 0,4 % od 235 injicirajočih uživalcev drog, ki so se udeležili programa zamenjave injekcijskih igel v Vilni). Izbruh v zaporu opozarja tako na nujnost uvedbe preventivnih ukrepov v tej državi in v drugih regijah, kjer je razširjenost med injicirajočimi uživalci drog še vedno majhna, ter pomembno vlogo zaporov pri širjenju HIV med injicirajočimi uživalci drog (Dolan, 1997–98; Dolan et al., 2003).

Na Poljskem nacionalni podatki o razširjenosti, ki prihajajo iz laboratorijev za javno zdravje, kažejo upad razširjenosti med testiranimi injicirajočimi uživalci drog od 10,7 % (od 3 106 oseb) leta 2000 do 6,8 % (od 2 626 oseb) leta 2002. Ta upad je skladen s trendi pri novo prijavljenih primerih injicirajočih uživalcev drog, ki so upadli z visokih 8,6 na milijon prebivalcev leta 2000 na 5,1 oziroma 6,9 v letih 2001 oziroma 2002. Po lokalnih podatkih je bila leta 2002 razširjenost precejšnja tudi v pomorjanski regiji (30 % od 165 injicirajočih uživalcev drog, ki so se vključili v zdravljenje zaradi težav z drogami, ter na ulici; 15 % od 69 izključno iz vzorca z ulice), čeprav je treba poudariti, da se lahko na podlagi razširjenosti med injicirajočimi uživalci drog, ki se zdravijo, preceni razširjenost med celotno populacijo takšnih uživalcev. Razširjenost HIV med injicirajočimi uživalci drog v preostalih novih državah EU je bila v letih 2000–2001 še vedno zelo majhna, čeprav najnovejših podatkov večinoma ni na voljo. V Češki republiki, Sloveniji in na Slovaškem je bila razširjenost HIV povprečno manjša od 1 %, kar je podobno kot v sosednjih državah kandidatkah za vstop v EU, Romuniji in Bolgariji (EMCDDA, 2003a). Čeprav so se te države do sedaj izognile epidemiji HIV med injicirajočimi uživalci drog, pa lahko ob neustreznih ukrepih za preprečevanje v bližnji prihodnosti porast uživanja drog z vbrizgavanjem pripelje do povečanega razširjenja okužb s HIV in hepatitisom (glej to poglavje, razdelek Zmanjševanje z drogo povezanih okužb).

Po poročilih, ki navajajo podatke v zvezi s primeri okužb s HIV, se je v "starih" 15 državah članicah EU epidemija HIV med injicirajočimi uživalci drog v glavnem stabilizirala ali pa upada, pri čemer je bila leta 2002 stopnja od 1,3 novega primera na milijon prebivalcev v Grčiji, do 115,7 na Portugalskem (kjer je leta 2003 upadlo na 88,4) (EuroHIV, 2003). Glede na to, da v državah z največjimi epidemijami med injicirajočimi uživalci drog prijavljanje primerov na nacionalnem nivoju ni uveljavljena praksa, so lahko časovni trendi, ki izhajajo iz prijavljenih primerov, na nivoju EU zavajajoči in predstavljajo podatki o seroprevalenci pri injicirajočih uživalcih drog pomembno dopolnilo. Razpoložljivi podatki o razširjenosti v posameznih državah kažejo na velike razlike med državami in znotraj njih: od 0–1 % na Finskem (podatki, ki jih dobijo pri zamenjavi injekcijskih igel) do 9,7–35 % uživalcev drog iz različnih nacionalnih vzorcev v Španiji (2001–2003) (Slika 14). Razširjenost med testiranimi injicirajočimi uživalci drog je v glavnem stabilna ali upada ([95]), vendar stabilna razširjenost ne pomeni, da prenašanja ni več, v nekaterih državah so od sredine devetdesetih let na lokalni ali regionalni ravni zabeležili celo porast. Poleg tega pa manjkajo novejši podatki za nekatera lokalna območja, od koder so poročali o povečanjih. Povečana razširjenost lahko pomeni, da so ukrepi za preprečevanje na teh področjih neustrezni, kar velja celo za nekatera območja z dolgotrajnimi epidemijami. Da na številnih območjih ves čas prihaja do prenašanja med injicirajočimi uživalci drog, je nadalje razvidno iz velike razširjenosti med mladimi (pod 25 let) in novimi uživalci (ki si drogo vbrizgavajo manj kot dve leti) (EMCDDA, 2003b) ([96]). Kjer je razširjenost HIV med injicirajočimi uživalci drog ostala velika, je treba izvajati stalne ukrepe za preprečevanje prenosa na nove tovrstne uživalce, na spolne partnerje takšnih uživalcev ter z matere na otroka.

Hepatitisa B in C ter druge okužbe

Razširjenost protitelesa virusa hepatitisa B (HBV) (6–85 %) in protitelesa virusa hepatitisa C (HCV) (17–95 %) med injicirajočimi uživalci drog je v EU zelo

([95]) Za več podrobnosti o teh podatkih in za originalne vire glej Bolezni_Tab 1 in Bolezni_Tab 8 v Statističnem biltenu 2004.
([96]) Ibid.

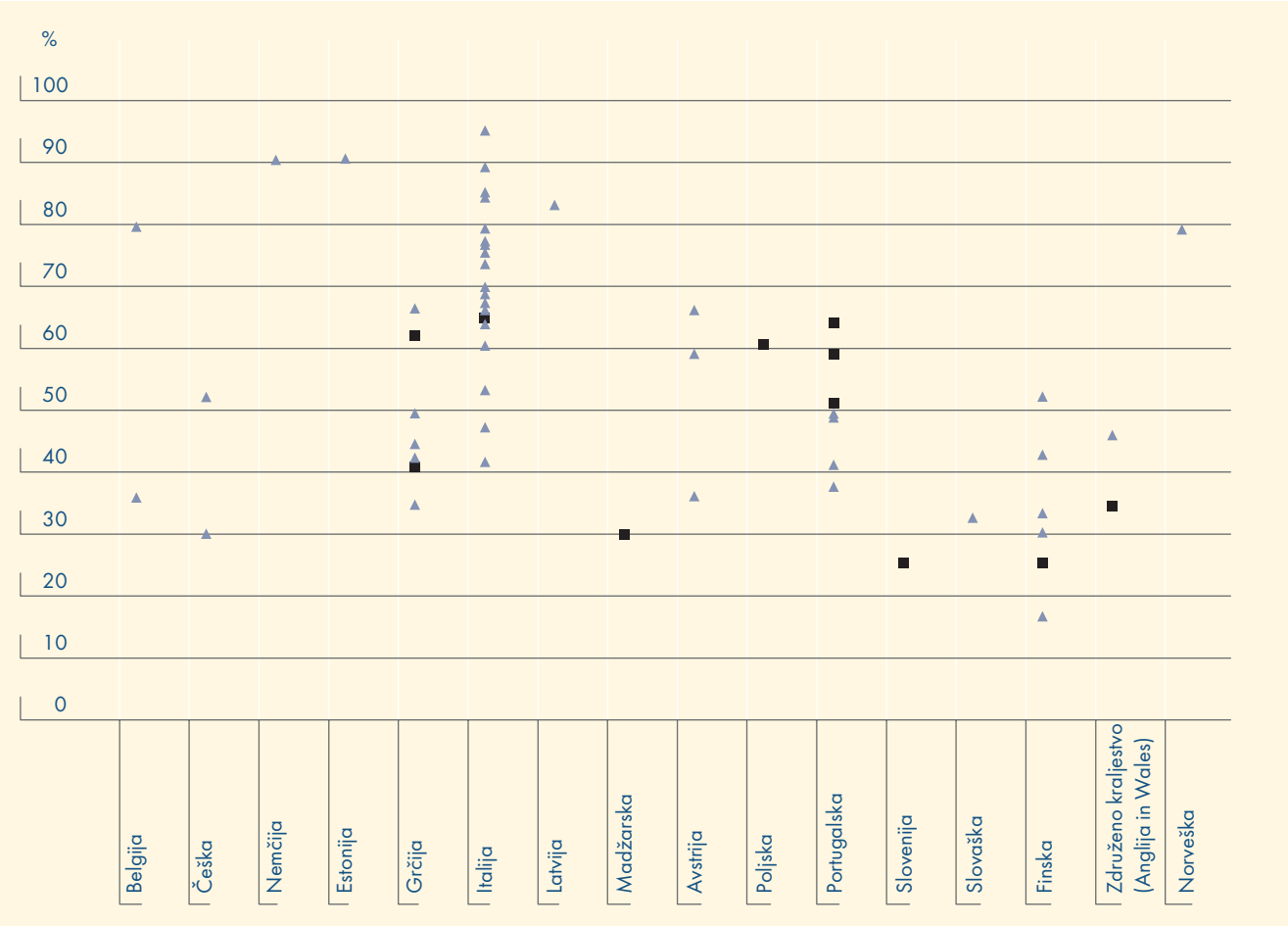
Slika 14: Razširjenost okužbe z virusom HIV med injicirajočimi uživalci drog – nacionalne in lokalne študije 2001–2003

Opombe: ■ = vzorci na nacionalni ravni, ▲ = vzorci na lokalni/regionalni ravni.
Razlike med državami je treba razlagati previdno zaradi različnih okolij in/ali metod; nacionalne strategije o vzorčenju so različne.
Podatki za Portugalsko in Italijo vključujejo tudi ne-injicirajoče uživalce drog, zato je možno da podcenjujejo razširjenost med injicirajočimi uživalci drog (delež ne-injicirajočih uživalcev drog v vzorcu: Italija 5–10%, za Portugalsko ni znano). Za Francijo je tako v nekaterih vzorcih.
Podatki za Nemčijo, Italijo, Madžarsko, Portugalsko in Slovaško so omejeni na razširjenost HIV med injicirajočimi uživalci drog, ki se zdravijo, zato ni nujno, da odražajo tudi razširjenost virusa HIV med injicirajočimi uživalci drog, ki niso na zdravljenju.
Podatki za Nemčijo in Luksemburg ter del podatkov za Belgijo in Francijo temeljijo na samo poročanih rezultatih testiranj, ki so manj zanesljivi kot klinično dokumentirani testi.
Vir: Nacionalne kontaktne točke Reitox. Za primarne vire, podrobnosti o študijah in podatke pred letom 2001 glej Bolezni_Tab 8 v Statističnem biltenu 2004.

velika, kar kaže na precejšnjo potrebo po zdravljenju in preprečevanju (Slika 15). Razširjenost HCV je manjša (25–30 %) v nekaterih državah, kjer je tudi razširjenost HIV majhna (v nekaterih novih državah EU: na Madžarskem, Slovaškem in v Sloveniji) kar kaže, da vedenje z visokim tveganjem v teh državah še ni močno razširjeno. To pomeni, da je preprečevanje širjenja teh bolezni prek intervencij za zmanjševanje škode še vedno možno (glej spodaj).

Uživanje drog z vbrizgavanjem je lahko način prenosa številnih drugih nalezljivih bolezni; na primer, v zadnjih letih so se v Združenem kraljestvu pojavljali izbruhi tetanusa in botulizma ran pri injicirajočih uživalcih drog, verjetno zaradi okuženega heroina in/ali določenih načinov vbrizgavanja (Hope et al., 2004). V EU je razširjenost tuberkuloze (TB) med injicirajočimi uživalci drog na splošno majhna in se ne povečuje, razen morda v Baltskih državah (Migliori in Centis, 2002). Vendar pa v državah, ki mejijo na vzhodno Evropo, to postaja vse večji problem zaradi naraščajočega odpora do zdravljenja in velike razširjenosti med zaporniki, med katerimi je mnogo uživalcev drog. Spolno prenosljive okužbe so lahko tako kazalec spolnega vedenja z visokim tveganjem kot tudi

Slika 15: Razširjenost HCV med injicirajočimi uživalci drog – nacionalne in lokalne študije 2001–2003



Opombe: ■ = vzorci na nacionalni ravni, ▲ = vzorci na lokalni/regionalni ravni.
Razlike med državami je treba razlagati previdno zaradi različnih okolij in/ali metod; nacionalne strategije o vzorčenju so različne.
Podatki za Portugalsko in Italijo vključujejo tudi ne-injicirajoče uživalce drog, zato je možno, da podcenjujejo razširjenost med injicirajočimi uživalci drog (delež ne-injicirajočih uživalcev drog v vzorcu: Italija 5–10%, za Portugalsko ni znano). Za Češko republiko je tako v enem od vzorcev.
Podatki za Anglijo in Wales in del podatkov za Finsko temeljijo na testiranjih sline, ki podcenjuje razširjenost okužbe z HCV.
Podatki za Belgijo, Italijo, Madžarsko, Portugalsko, Slovenijo in Slovaško so omejeni na razširjenost HCV med injicirajočimi uživalci drog, ki se zdravijo, zato ni nujno, da odražajo tudi razširjenost HCV med injicirajočimi uživalci drog, ki niso na zdravljenju.
Vir: Nacionalne kontaktne točke Reitox. Za primarne vire, podrobnosti o študijah in podatke pred letom 2001 glej in Bolezni_Tab 11 v Statističnem biltenu 2004.

dejavnik tveganja za okužbo s HIV (Estebanez et al., 2001). Trenutno razširjenost spolno prenosljivih okužb hitro narašča v mnogih državah EU, predvsem med homoseksualci. Med uživalci drog so spolno prenosljive okužbe zelo običajne v nekaterih državah, na primer na Irskem in v Italiji (Giuliani in Suligoi, 2004), medtem ko so tovrstna poročila iz drugih držav (npr. iz Švedske in Norveške) maloštevilna; vendar pa za večino držav najverjetneje primanjkuje podatkov o spremljanju uživalcev drog. Da bi podatki o spremljanju spolno prenosljivih okužb med injicirajočimi uživalci drog koristili kot pokazatelj spolnega vedenja z visokim tveganjem zaradi ocenjevanja možnosti za prenos HIV s spolnim stikom (Wiessing in Kretzschmar, 2003), je treba omogočiti spremljanje trendov, predvsem med injicirajočimi uživalci drog. Celotna epidemiološka situacija nalezljivih bolezni med takšnimi uživalci je resna. Zaradi tega bi bilo treba uživalce drog sistematično pregledovati ob vsakem stiku z zdravstvenimi službami ter zagotoviti ustrezne vire za preprečevanje in zdravljenje.

Zmanjševanje z drogo povezanih okužb

Od leta 2001 sta se število in geografska pokritost programov injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo v mnogih državah članicah še povečala ([97]). Predvsem v Estoniji in Latviji se ob lokalni, nacionalni in mednarodni podpori hitro širijo nove službe kot odgovor na velike epidemije HIV. Na Škotskem se je med letoma 1997 in 2002 število zamenjanih brizg za enkratno uporabo povečalo za skoraj trikrat, pričakujejo pa nadaljnja

([97]) Glej Tabelo 7 OL: Zagotavljanje in vrste programov injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo, udeleženost lekarn, število razdeljenih/prodanih brizg za enkratno uporabo.

povečanja, saj so največje število brizg povečali na 60 za vsak obisk uživalca, kar olajšuje izmenjavo med sovrstniki. Da bi zapolnili še preostale geografske vrzeli v državah zahodne Evrope, je bil ustanovljen program injekcijskih igel in brizg tudi na Severnem Irskem (na farmacevtski podlagi) in v Flandriji (Belgija). Na Švedskem pa še vedno potekajo posvetovanja glede širjenja programov injekcijskih igel in brizg.

Rezultati študij o dostopnosti brizg za enkratno uporabo kažejo, da je nakup v lekarnah najpogostejši način nabave opreme za vbrizgavanje (npr. 30–45 % uporabnikov programa injekcijskih igel in brizg v Belgiji, 32 % v Luksemburgu in 30–40 % na Madžarskem). Lekarne imajo pomembno vlogo pri izmenjavi brizg za enkratno uporabo ali nabavi v štirih državah: v Španiji, na Portugalskem in v Združenem kraljestvu, kjer poteka v lekarnah brezplačna zamenjava brizg, ter v Franciji, kjer v številnih lekarnah prodajajo "stérikits", ki jih subvencionira država. Rezultat vključevanja lekarn je, da so v teh štirih državah točke za zamenjavo injekcijskih igel geografsko dobro razporejene. V drugih državah morajo uživalci drog kupovati brizge za enkratno uporabo (in ostalo opremo), skrb pa vzbujajo visoke cene v nekaterih državah ([98]).

Iz Francije in Portugalske poročajo o upadanju števila brizg za enkratno uporabo, kupljenih v lekarnah. V Franciji je prodaja brizg za enkratno uporabo, med letoma 1999 in 2002 upadla za 45 %, oziroma s 16,5 milijonov na 9 milijonov. Do tega zmanjšanja ni prišlo zaradi povečane aktivnosti programov injekcijskih igel in brizg. Razlago za ta pojav lahko najdemo v večjem številu različnih načinov uživanja brez vbrizgavanja, v povečanemu dostopu injicirajočih uživalcev drog do zdravljenja v ustanovah ter celo v višji stopnji souporabe injekcijskih igel (Emmanuelli, 2003).

Programi injekcijskih igel in brizg se lahko izvajajo z različnimi metodami: prek nizkopražnih programov za droge, lekarn in zmogljivosti služb za splošno zdravstveno in socialno varstvo, kot tudi prek mobilnih točk za zamenjavo (opremljen avtobus ali delavci na terenu) in posebnih avtomatov. Predvsem v mnogih novih državah članicah (Češka, Poljska, Slovenija in Bolgarija), pa tudi v Belgiji, na Irskem in v Združenem kraljestvu imajo delavci, ki se trudijo preseči sodelavce, vedno večjo vlogo pri dobavi sterilne opreme uživalcem drog (McVeigh et al., 2003).

Razvoj zdravljenja okužb, povezanimi z drogami

Visoke stopnje okuženih z virusom hepatitisa C (HCV) med uživalci drog zbuja vse večjo zaskrbljenost med zdravstvenimi delavci. 60 % do 80 % ljudi, ki se okužijo z virusom ostane kronično okuženih, kar v 20 % vodi do končne odpovedi jeter, vendar za uživalce drog dostop do zdravljenja za hepatitis C ni enostaven. Kratko poročilo o politikah in znanstvena monografija o hepatitisu C, ki ga je izdelal Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami je na voljo preko spletne povezave (EMCDDA, 2003c; EMCDDA, 2004d) ([99]).

Dostop do zdravljenja jetrnih obolenj za uživalce drog je treba izboljšati v večini držav. Smernice zdravljenja so pomembno orodje za zagotavljanje zdravstvene oskrbe, zato je Center leta 2003/2004 opravil analizo smernic za zdravljenje s HCV okuženih uživalcev drog v "starih" 15 državah EU in na Norveškem ([100]). Študija je pokazala, da v mnogih državah poteka pregled nacionalnih smernic, upoštevajoč izboljšane možnosti za zdravljenje in rezultate.

Globalni sklad za boj proti AIDS-u, tuberkulozi in malariji (Global Fund against AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM)) naj bi zagotovil posebna sredstva za oskrbo bolnikov v Estoniji in državi kandidatki Bolgariji s protiretrovirusnimi zdravili: predvideno število oseb, ki naj bi bile deležne zdravljenja z protiretrovirusnimi zdravili, je 500 v Estoniji in 200 v Bolgariji (Sekretariat GFATM, 2004).

Novi trendi pri zagotavljanju storitev

Glavni trendi pri zagotavljanju nizkopražnih programov za pomoč uživalcem drog, ki so bili prvotno usmerjeni v zamenjavo injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo, vključujejo večje sodelovanje z drugimi službami, usmerjenimi v preživetje, na primer zatočišči, z zdravstvenimi in medicinskimi službami ter s podaljšanim delovnim časom v večerne ure, ponoči in ob koncih tedna.

Soočene s čedalje večjim številom zmedenih uživalcev drog, ki niso najbolj pripravljeni stopiti v stik s službami, so se nizozemske službe za droge odločile za "prijateljski" pristop prepričevanja, da lahko tako poskrbijo za uživalce drog, ki so navadno nedostopni. Ta pristop – ki so ga poimenovali "interreferenčna" oskrba – nudi dostopne in trdne zdravstvene storitve ranljivi skupini ljudi z mnogimi problemi, ki kljub skrb zbujajočemu stanju, ki resno ogroža kakovost njihovih življenj, ne poiščejo pomoči po običajni poti.

Za prenos zdravstveno-izobraževalnih sporočil in preprečevanje škode za zdravje zaradi uživanja drog je pomemben stik z uživalci drog in tistimi, ki bi droge lahko začeli uživati. To je v veliki meri uspelo Češki republiki, kjer je gosta mreža 93 služb, ki so razširjene po vsej državi, v letu 2002 uspela doseči več kot

([98]) Glej Tabelo 8 OL: Cene za najpogosteje uporabljane vrste brizg za enkratno uporabo (z iglo) v EUR.
([99]) Polje 4 OL: Ključna vprašanja v zvezi s hepatitisom C predstavljajo ugotovitve treh nedavnih publikacij EMCDDA o hepatitisu C.
([100]) Analiza smernic za zdravljenje okužb z virusom hepatitisa C z ozirom na dostop do zdravljenja za uživalce drog.

22.000 posamičnih problematičnih uživalcev drog – več kot polovico prebivalcev, ki naj bi po ocenah bili problematični uživalci drog (češko nacionalno poročilo, 2003, str. 35).

Mnoge druge države priznavajo, da predstavljajo nizkopražni programi za pomoč uživalcem drog osnovo za zagotavljanje osnovne zdravstvene oskrbe, kot je zdravljenje ran in ognojkov, na primer norveške "terenske negovalne postaje". Na Finskem nizkopražni programi za pomoč uživalcem drog, ki se imenujejo "centri za zdravstveno svetovanje", uspešno izvajajo kampanje testiranja in cepljenja. Priložnost za zdravstveno oskrbo privabi tudi uživalce drog, s katerimi je drugače težko vzpostaviti stik, in ob zamenjavi injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo imajo prek medicinskega osebja možnost dostopa do sredstev in napotitev na storitve, kot sta svetovanje in testiranje v zvezi s HIV, medicinska oskrba in zdravljenje zaradi težav z drogami (EMCDDA, 2004a).

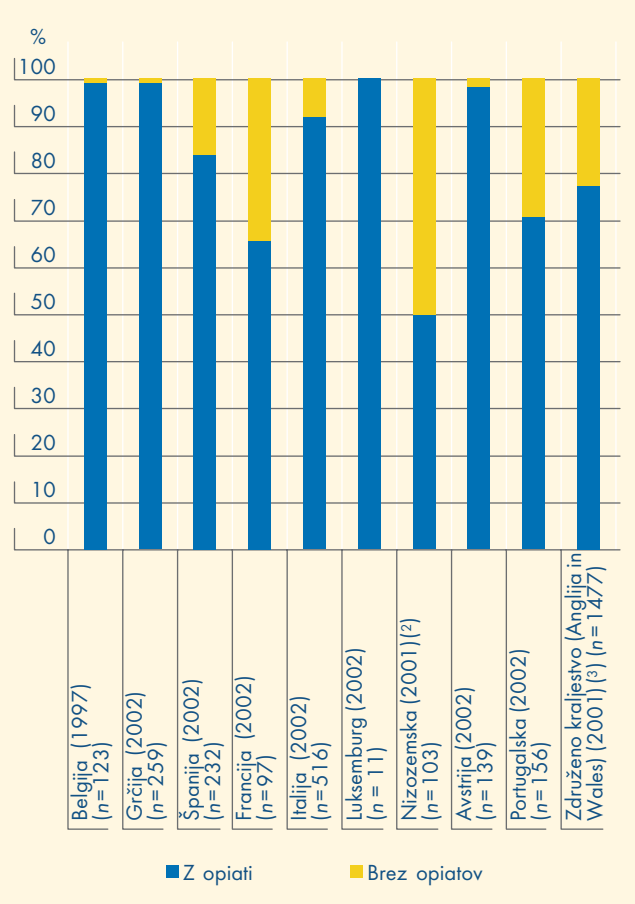
Potreba po nizkopražnih programih za pomoč uživalcem drog je večja v državah s "starejšimi" epidemijami, kjer se injicirajoči uživalci drog, ki droge uživajo že dlje časa, srečujejo z velikimi zdravstvenimi težavami in so bolj potisnjeni na rob ter socialno izključeni; večji obseg storitev, ki so jim na voljo, lahko odraža tudi večjo odvisnost te skupine od storitev.

Z drogo povezani smrtni primeri ([101])

V večini "z drogo povezanih smrtnih primerov" ([102]) zaradi prepovedanih snovi, ki se prijavijo v EU, so navzoči opiati, čeprav toksikološke preiskave razkrijejo tudi navzočnost drugih snovi (Slika 16) ([103]).

Med letoma 1995 in 2001 so države EU vsako leto poročale o 8 000–9 000 smrtnih primerih zaradi prevelikega odmerka drog ([104]). Te številke veljajo za najnižje ocene, kajti v večini držav obstaja določen delež neprijavljenih primerov. Večina žrtev zaradi prevelikega odmerka drog so mladi moški (70–93 %) v poznih dvajsetih ali tridesetih letih, s povprečno starostjo med 31 in 40 let. V večini držav EU je pri žrtvah opazen trend staranja, kar spodbuja domnevo o "učinku starajoče se kohorte" ("ageing cohort effect") ([105]). Na Finskem in v manjši meri v Grčiji in Združenem kraljestvu ta učinek ni opazen, in tej ugotovitvi je treba posvetiti posebno pozornost, ker lahko kaže na povečano pojavnost vbrizgavanja ali uživanja opiatov v zadnjih letih (Slika 17).

Slika 16: Delež smrti povezanih z drogo, kjer so ali niso bili prisotni opiati v nekaterih državah EU v 2001–2002 ([1])

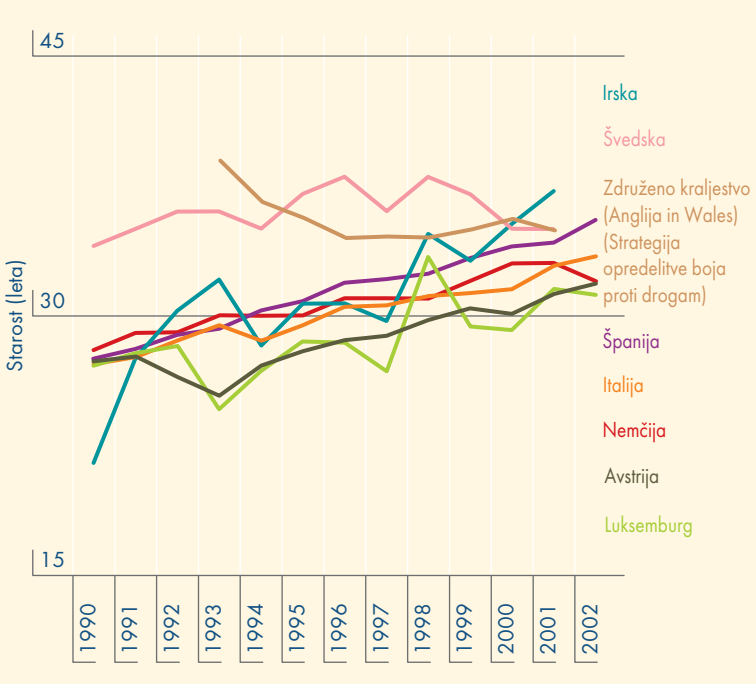


([1]) Ali zadnje leto, za katero so na voljo informacije.
([2]) Na Nizozemskem se nekateri primeri "brez opiatov" nanašajo na "druge in neopredeljene droge" ali "druge in neopredeljene halucinogene", ki bi lahko vključevali primere z opiati in primere s kokainom.
([3]) V Združenem kraljestvu toksikološke informacije temeljijo na nacionalnem programu o smrtnih primerih, povezanih s snovmi (St George's Hospital Medical School), ki temeljijo na poročilih mrliških oglednikov. Vključeni so primeri z vsaj eno omembo opioidov; obstaja lahko določeno prekrivanje in celotni delež je lahko nižji.
Opombe: V nekaterih državah "nacionalna opredelitev" smrti, povezane z drogo, vključujejo določeno število smrtnih primerov, ki niso neposredno povezani z uporabo droge.
Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003, pridobljena iz nacionalnih registrov o smrtnosti ali posebnih registrov (forenzičnih ali policijskih). Na podlagi nacionalnih opredelitev, kot so predstavljene v metodoloških opombah "Opredelitev akutnih smrtnih primerov, povezanih z drogami, v državah članicah". Glej tudi Z drogo povezani smrtni primeri_Tab 1 v Statističnem biltenu 2004.

Iz različnih držav EU redno prihajajo poročila o žrtvah, katerih smrt je povezana z drogami in kjer je mogoče ugotoviti navzočnost metadona. Kot vsak drug opiat je tudi metadon potencialno toksična snov, vendar pa so

([101]) Za pregled z drogo povezanih smrtnih primerov glej "Drug-related deaths and mortality among drug users" ("Z drogo povezani smrtni primeri in smrtnost med uživalci drog") v lanskoletnem letnem poročilu (EMCDDA, 2003b).
([102]) Glej metodološke opombe "Drug-related deaths EMCDDA definiton" ("Z drogo povezani smrtni primeri – opredelitev Centra") v Statističnem biltenu 2004. Glej protokol Centra za z drogo povezane smrtne primere: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419).
([103]) Glej Z drogo povezani smrtni primeri_Tab 1 v Statističnem biltenu 2004.
([104]) Glej Z drogo povezani smrtni primeri_Tab 2 in Z drogo povezani smrtni primeri_Tab 3 v Statističnem biltenu 2004.
([105]) Glej Sliko 10 OL: Razvoj deleža ljudi, starih več kot 35 let, med akutnimi, z drogo povezanimi smrtnimi primeri v državah EU od leta 1990 do 2001–2002.

Slika 17: Povprečna starost smrtnih žrtev, povezanih z drogo v nekaterih državah EU, 1990–2001



Opombe: Številka predstavlja države, ki so poročale o povprečni starosti žrtev večino let v obdobju poročanja.
Glej tudi Sliko 10 OL: Rast deleža ljudi nad 35 let med smrtnimi primeri, povezanimi z drogami, v državah EU od 1990 do 2001–02.
Informacije temeljijo na nacionalnih opredelitvah, kot so predstavljene v metodoloških opombah o nacionalnih opredelitvah akutnih smrtnih primerov, povezanih z drogami. V Angliji in Walesu je uporabljena "Opredelitev strategije boja proti drogam" (Statistični bilten 2004).

Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003, pridobljena iz nacionalnih registrov o smrtnosti ali posebnih registrov (forenzičnih ali policijskih).

raziskave jasno ugotovile, da nadomestno zdravljenje zmanjšuje tveganje za umrljivost zaradi prevelikih odmerkov drog med udeleženci programa. Številne študije so pokazale, da so smrtni primeri, v katerih je udeležen metadon, najverjetneje posledica nedovoljene, ne pa predpisane uporabe, druge pa so ugotovile, da je tveganje večje v začetnih fazah metadonskega vzdrževalnega zdravljenja. Na podlagi teh ugotovitev je treba zagotoviti standarde kakovosti za programe nadomestnega zdravljenja.

Trendi pri akutnih z drogo povezanih smrtnih primerih

Trendi z drogo povezanih smrtnih primerov se razlikujejo od države do države, čeprav lahko za države EU ugotovimo nekatere skupne trende. Število z drogo povezanih smrtnih primerov se je na splošno povečalo v osemdesetih in zgodnjih devetdesetih letih ([106]). V obdobju 1990–2000 se je, kljub upadanju v nekaterih državah, splošen trend naraščanja nadaljeval, čeprav v manjšem obsegu. Leta 2000 je bilo prijavljenih 8 838 smrtnih primerov v primerjavi s 6 284 primeri v letu 1990 (40-odstotno povečanje).

V letih med 2000 in 2001–2002 so mnoge države EU poročale o upadu števil z drogo povezanih smrtnih primerov, kar je v nekaterih primerih (Nemčija, Grčija, Irska, Italija in Portugalska) doseglo statistično pomembnost. Tudi na Norveškem je policija poročala o znatnem upadu z drogo povezanih smrtnih primerov. Na ravni EU je bilo splošen upad opaziti med letoma 2000 (8 838 primerov) in 2001 (8 306 primerov), kar predstavlja skromno, čeprav statistično značilno zmanjšanje (6 %) (Slika 18) ([107]).

V novih državah članicah ali v državah kandidatkah lahko pričakujemo naraščajoč trend z drogo povezanih smrtnih primerov. Trenutno je kakovost informacij o smrtnih primerih, povezanih z drogo, v nekaterih od teh držav zelo omejena in opažene trende je treba obravnavati previdno. V Latviji in Sloveniji je opaziti naraščajoč trend, v Bolgariji in v Češki republiki pa ni opaznega trenda.

Kljub ugodnim dejavnikom, kot je prenehanje vbrizgavanja med uživalci opiatov v številnih državah in povečano zagotavljanje zdravljenja, pa je upadanje z drogo povezanih smrtnih primerov v zadnjih dveh letih majhno (v nekaterih državah ga ni) in, gledano bolj dolgoročno, trenutne številke ostajajo visoke.

Splošna smrtnost med uživalci opiatov

Študije smrtnosti pri kohortah so pokazale, da je smrtnost uživalcev opiatov 20 krat večja kot v celotni populaciji enake starosti. EMCDDA vodi projekt sodelovanja v zvezi s smrtnostjo pri kohortah v osmih državah in predhodni rezultati so bili predstavljeni v prejšnjih poročilih EMCDDA. Poleg kohort iz Francije in Škotske, se izvajajo še nadaljnje analize. Rezultati naj bi bili objavljeni v naslednjih letnih poročilih.

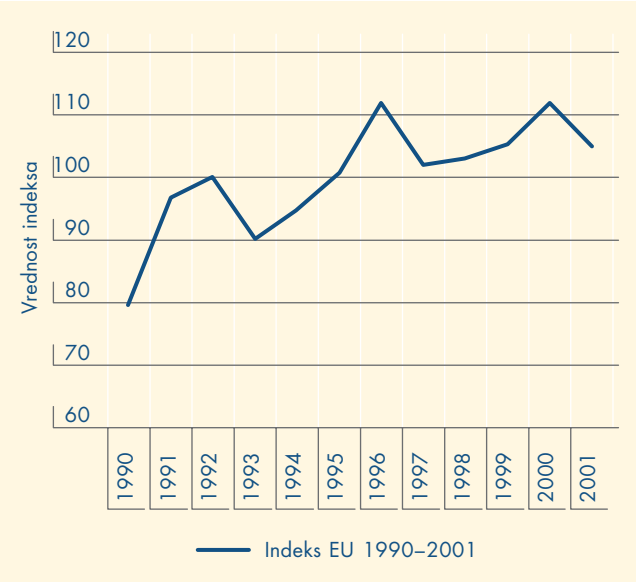
Zmanjšanje števila z drogo povezanih smrtnih primerov

Od sredine devetdesetih let se je povečalo poznavanje socialnih in osebnih dejavnikov tveganja, tveganj za smrt zaradi droge in okoliščin, v katerih je verjetno, da do takšne smrti pride, predvsem pri usodnem prevelikem odmerku heroina, (npr. Best et al., 2000, 2001; Origer in

([106]) Glej Sliko 11 OL: Dolgoročni trend EU glede akutnih smrtnih primerov, neposredno povezanih z uživanjem drog (1985–2001).

([107]) Glej tudi Sliko 12 OL: Trendi pri akutnih z drogo povezanih smrtnih primerih v različnih državah EU in v celotni EU v letih 1985–2001. Za Združeno kraljestvo glej tudi v "Metodološke opombe o nacionalnih opredelitvah z drogo povezanih smrtnih primerov" (Statistični bilten): "Opredelitev strategije boja proti drogam" in "Tradicionalna opredelitev Urada za nacionalno statistiko (ONS)". Iz Opredelitve strategije boja proti drogam izhajajo ocene, ki so tesno povezane z Standardno evropsko definicijo Centra ("Selekcija B").

Slika 18: Spremembe v številu akutnih smrtnih primerov, povezanih z drogo – EU in Norveška skupaj (Indeks na 100 za povprečje med obdobjem 1990–2001)



Opombe: Zaradi nepopolnih podatkov iz leta 2002 indeks ni preračunan. Trendi v posameznih državah so predstavljeni v Sliki 11 OL. Podatki o številu primerov v posameznih država je najti v Z drogo povezani smrtni primeri Tab 2 in Tab 3 (Statistični bilten 2004).
V Združenem kraljestvu so bili izbrani podatki iz Urada za nacionalno statistiko (Office of National Statistics – ONS), ker so na voljo za daljše obdobje.

Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003, pridobljena iz splošnih registrov o smrtnosti ali posebnih registrov (forenzičnih ali policijskih). Na podlagi nacionalnih opredelitev, kot so predstavljene v metodoloških opombah o nacionalnih opredelitvah akutnih smrtnih primerov, povezanih z drogami (Statistični bilten 2004).

Delucci, 2002), ugotovitve pa kažejo precejšnjo možnost medicinskih in izobraževalnih pristopov za zmanjšanje števila smrtnih primerov. Zmanjšanje števila smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka drog, ki ga je bilo opaziti v več državah (Francija, Španija), so pripisali večji dostopnosti do nadomestnega zdravljenja (npr. v Franciji: nacionalno poročilo, 2002, 2003) ter spremenjenim načinom dovajanja, z upadanjem uporabe drog z vbrizgavanjem (EMCDDA, 2004b).

Cilj EU je zmanjšati število z drogo povezanih smrtnih primerov (Strategija EU za boj proti drogam 2000–2004 Cilj 2 (EU Drug Strategy 2000–2004 Target 2)), ta cilj pa se vedno znova poudarja v vse večjem številu nacionalnih strategij boja proti drogam v državah članicah ([108]).

V večini starih držav članic je širjenje informacij in izobraževalnega materiala o nevarnosti za prevelik odmerek droge ter o ravnanju (letaki, posterji, brošure ali video posnetki) uživalcem drog in njihovim socialnim mrežam postalo splošna praksa, medtem ko v novih državah članicah ni običajno. Iz več držav poročajo o drugih, na dokazih temelječih odzivih, kot so posredovanje sovrstnikov v nujnih primerih, povezanih z drogo, ter spodbujanje klicanja rešilnega vozila med uživalci drog, ki bi lahko bili priča prekomernemu odmerku, vendar pa sistematično poznavanje ravni zagotavljanj takšnih izobraževanj še vedno ni na voljo. V nekaterih državah uživalcem drog razdeljujejo, ali o tem razmišljajo, opiatov nadomestek (naloxon), da bi tako zmanjšali število smrtnih primerov zaradi prevelikega odmerka. ([109]) (EMCDDA, 2003a).

V nekaterih državah so na odprtih lokacijah, povezanih z drogo, uživalcem drog, ki so v veliki nevarnosti za prevelik odmerek droge, na voljo nadzorovani prostori za uživanje droge: takšne storitve obstajajo v Nemčiji, Španiji in na Nizozemskem, pripravljajo pa jih tudi v Luksemburgu, Sloveniji in na Norveškem. Ob ustrezni razporeditvi lahko ti prostori pomagajo zmanjšati število z drogo povezanih smrtnih primerov v mestih.

Projekt, ki je nastal na oddelkih za nujne primere v Avstriji, je namenjen uživalcem drog, ki pogosto zaužijejo prevelik odmerek droge ([110]).

Prostori za uživanje drog (varne sobe)

"Prostori za uživanje drog" (varne sobe), to je prostori, kjer lahko zasvojeni uživalci drog uživajo svojo drogo v higieničnih pogojih pod nadzorom usposobljenega osebja in brez strahu pred aretacijo, delujejo v 39 evropskih mestih. *Evropsko poročilo o prostorih za uživanje drog (varnih sobah)* (*European report on drug consumption rooms)* (EMCDDA, 2004a) opisuje, kaj so varne sobe in zakaj ter kako je prišlo do njihovega nastanka, komu so namenjene, katere posebne cilje imajo in kako delujejo, ter povzema razpoložljive dokaze.

Kot visoko usposobljene službe, ki so del širšega omrežja storitev, namenjenih uživalcem drog, varne sobe temeljijo na soglasnem in aktivnem sodelovanju med zdravstvenimi delavci, policijo, lokalnimi oblastmi in lokalnimi skupnostmi. Iz poročila je razvidno, da so uspešne pri navezovanju stikov z zelo problematičnimi skupinami uživalcev drog ter pri spodbujanju dostopa do zelo potrebne osnovne zdravstvene oskrbe kot tudi socialnih služb in zdravljenja. S tem, ko se omogoči dostop do čiste opreme za vbrizgavanje in nadzorovano okolje za uživanje, se zmanjša razširjanje bolezni in smrtnih primerov, kot tudi škoda zaradi javne uporabe drog.

([108]) Glej Tabelo 9 OL: Strategije in izbrani ukrepi za zmanjšanje z drogo povezanih smrtnih primerov v 25 državah članicah EU in na Norveškem (ter v državah pristopnicah).
([109]) Ibid.
([110]) Glej kontakt za avstrijski projekt EDDRA v podatkovni bazi EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

Poglavje 7

Zdravljenje – zadovoljitev potreb tistih, ki imajo težave

Številnim, ki so zašli v težave zaradi uživanja drog, bo koristilo, če stopijo v stik s službo za zdravljenje. Po vsej Evropski uniji je na voljo več različnih možnosti zdravljenja, ki odražajo tako nacionalni kot zgodovinski okvir, pa tudi različne značilnosti populacije, ki potrebuje pomoč. Njihov povzetek je naveden v nadaljevanju. Dostopnost zdravljenja se po državah razlikuje in je na splošno manj razvita v novih državah članicah. Na splošno pa se zdi, da se stalno vlaga v povečanje zmogljivosti na tem področju in opaziti je izboljšanje možnosti, ki so na voljo tistim, ki imajo težave z drogo.

Nov razvojni dosežek na tem področju je uporaba komunikacijskih možnosti novih tehnologij, kot je na primer medmrežje, ki povečujejo storitve, dostopne uživalcem drog. Precejšnja pozornost je bila namenjena vlogi medmrežja pri širitvi uživanja nedovoljenih drog. Zato je pozitivna ugotovitev, da so nekatere države, kot sta Nizozemska in Finska, prevzele pobude, da se raziščejo možnosti tega medija za izboljšanje razpoložljivih možnosti za obveščanje in varstvo. Med te dejavnosti je bila vključena uporaba neposrednih komunikacijskih povezav, ki jih zagotavljajo elektronska pošta in prenosni telefoni, pa tudi preučitev, kako lahko elektronsko svetovanje in storitve kratkih sporočil (SMS) koristijo uživalcem drog.

Splošni trend po vsej EU je, da se zdravljenje zaradi odvisnosti od drog iz bolnišnic seli v centre za zdravljenje odvisnosti v okoljih skupnosti. Ta razvoj je manj očiten v novih državah članicah, kjer psihiatrične bolnišnice ostajajo primarni izvajalci zdravljenja (Estonija, Latvija, Litva, Slovenija), čeprav se to morda v nekaterih državah spreminja, v Češki republiki se na primer zdravljenje zagotavlja v obeh okoljih.

Značilnosti zdravljenja

Zdravljenje brez drog

Zdravljenje brez drog vključuje uporabo psihosocialnih in izobraževalnih tehnik, da bi se dosegla dolgoročna abstinenca od drog. Tradicionalno takšno zdravljenje poteka v stanovanjskih skupnostih in traja dolgo časa, npr. terapevtske skupnosti. Dandanes takšno zdravljenje temelji pogosto tudi na sodelovanju skupnosti. Za ublažitev simptomov zaradi odvajanja se lahko uporabljajo zdravila. To je ponavadi omejeno na antidepresive in/ali benzodiazepine, čeprav v nekaterih terapevtskih skupnostih takšnih zdravil ne dajejo ([111]).

Medtem ko je z zdravili podprto zdravljenje ponavadi na voljo samo uživalcem opioidov, so nekatere oblike zdravljenja brez drog na splošno edina možnost zdravljenja, ki je na voljo tistim, ki imajo težave z neopioidnimi drogami.

Z zdravili podprto zdravljenje

Z zdravili podprto zdravljenje vključuje nadomestno zdravljenje z agonisti in antagonisti. Za tovrstno farmakološko posredovanje je značilna uporaba naltreksona (antagonista) ali enega od naslednjih opioidnih agonistov: metadon, buprenorfin, dihidrokodein, heroin in morfin, ki se počasi sprošča.

Metadon v razširjeni EU še naprej ostaja najpogosteje predpisana nadomestna snov. Vendar pa so se v zadnjih letih možnosti zdravljenja razširile. Do leta 2002 je vseh prvotnih 15 držav članic, razen Nizozemske in Irske (kjer se uporablja samo za razstrupljevanje) ([112]), poročalo o uporabi buprenorfina. Druge nadomestne snovi, kot so dihidrokodein (Belgija, Nemčija, Luksemburg, Avstrija), morfin, ki se počasi sprošča (Avstrija), in heroin (Nemčija, Nizozemska, Združeno kraljestvo) se uporabljajo manj pogosto (Springer, 2003a) ([113]).

V absolutnih številkah je nadomestno zdravljenje postalo oblika specializiranega zdravljenja odvisnosti od drog, ki je v EU s prek 400 000 posamezniki, ki se tako zdravijo, najbolj pogosto na voljo. Vendar pa je z izjemo Slovenije ta oblika posredovanja veliko manj dostopna v novih državah članicah EU, kjer prevladujejo možnosti zdravljenja brez drog ([114]).

([111]) Glej Sliko 13 OL: Modeli bolnišničnega zdravljenja brez drog.
([112]) Na Irskem se buprenorfin uporablja samo za zdravljenje odtegnitvenih simptomov.
([113]) Glej Tabelo 10 OL: Uporabljene nadomestne snovi v državah članicah EU.
([114]) Glej Sliko 14 OL: Prevladovanje nadomestnega zdravljenja ali zdravljenja brez drog za odvisnike od opiatov.

Dostopnost in merila za sprejem na nadomestno zdravljenje

Nadaljuje se razvoj v smeri omilitve meril za sprejem na nadomestno zdravljenje. V preteklosti so bila merila za sprejem pogosto zelo selektivna in so tovrstno zdravljenje omejevala na posameznike, za katere je veljalo, da imajo posebej hude težave. Danes je sprejem na nadomestno zdravljenje na splošno omejen na osebe, stare 18 let in več, ki imajo že 1–2 leti težave z uživanjem drog (npr. v Belgiji, na Irskem, Nizozemskem). Večina novih držav članic poroča o višjem pragu, npr. najnižja starost 20 let in vsaj pet let težav z uživanjem drog (npr. v Estoniji in Latviji), čeprav Slovenija uživalcem drog omogoča nadomestno zdravljenje že od starosti 16 let naprej. Sorazmerno stroga merila za vključitev v zdravljenje se ugotavljajo za Grčijo, Finsko, Švedsko in Norveško, kjer je najnižja starost za sprejem na zdravljenje od 20 do 25 let in se zahteva, da je imela oseba težave z uživanjem drog 4 do 5 let.

Kljub temu, da se je dostopnost nadomestnega zdravljenja povečala, številne države poročajo o tem, da povpraševanje še vedno presega ponudbo, o čakalnih listah pa poročajo iz Belgije, Češke republike, Grčije, Estonije, Madžarske, Irske, Švedske in Norveške. Dostop se lahko omeji tudi z načinom organiziranosti oskrbe z drogami, v Latviji morajo na primer bolniki svoja zdravila plačati, kar zmanjšuje porast tovrstne storitve.

Uvedba nadomestnega zdravljenja

Med državami članicami so precejšnje razlike glede časovne razporeditve izvajanja nadomestnega zdravljenja. Nekatere države članice so programe z nadomestkom metadona uvedle že konec šestdesetih in na začetku sedemdesetih let, medtem ko nekatere države niso uvedle te oblike zdravljenja v večjem obsegu vse do devetdesetih let (Belgija, Grčija, Francija, Norveška). Nadomestno zdravljenje je v večini novih držav članic sorazmerno nov razvojni dosežek, saj ga je večina začela izvajati v devetdesetih letih, Estonija pa je svoj prvi program uvedla šele leta 2001. Izjema je Slovenija, ki je ta program uvedla že leta 1990 ([115]).

Psihosocialna podpora pri nadomestnem zdravljenju

Čeprav je splošno priznano, da bi morala nadomestno zdravljenje spremljati psihosocialna podpora, ta še zdaleč ni običajni sestavni del zdravljenja. V Češki republiki, Nemčiji in na Nizozemskem pomanjkanje virov omejuje zagotavljanje ustrezne psihosocialne podpore. Tudi na Norveškem, kjer naj bi se teoretično vsakemu uporabniku nadomestnega zdravljenja dodelilo socialnega svetovalca, v praksi za izvedbo tega ni vedno na voljo zadostnih zmogljivosti. Ena od danskih študij je ugotovila, da uporabniki metadona, ki niso deležni psihosocialne podpore, uporabljajo sekundarno drogo veliko pogosteje od tistih, ki imajo takšno podporo. Z nadaljnjimi raziskavami se trenutno preučuje, ali povečana psihosocialna podpora lahko izboljša rezultate zdravljenja (Pedersen, 2001). Irska visoka šola za zdravnike splošne medicine (College of General Practitioners) je potrdila z dokazi podprte smernice za nadomestno zdravljenje (2003), ki poudarjajo potrebo po psihosocialni komponenti.

Koristnost psihosocialne podpore je odvisna tudi od tega, kako osebe, ki se odločijo za zdravljenje, dojemajo tovrstno terapevtsko možnost. Glede na poročila v Grčiji bolniki v programih za zdravljenje z metadonom pogosto izkoristijo psihosocialno svetovanje, medtem ko je v Latviji le nekaj bolnikov pripravljenih na tovrstno intervencijo.

Zagotavljanje kakovosti

Zagotavljanje kakovosti zdravljenja se lahko opredeli kot "sistematični poskus spremljanja, dokumentiranja in izboljševanja kakovosti opravljenih storitev". V EU je na splošno sprejetih pet mehanizmov zagotavljanja kakovosti: akreditacija centrov za zdravljenje, standardi za zdravljenje, usposabljanje osebja, spremljanje oseb na zdravljenju in rezultatov ter ocena stopnje zadržanja, rezultatov, zadovoljstva, odpusta itd. (Slika 19).

Novi razvojni dosežki na področju zagotavljanja kakovosti služb za zdravljenje odvisnosti od drog so vključitev kakovosti v nacionalne strategije boja proti drogam (Grčija, Španija, Francija, Irska, Švedska) ali določitev minimalnih zahtev za takšne storitve (Belgija, Češka, Nemčija, Nizozemska, Poljska, Slovenija in Združeno kraljestvo). Akreditacija centrov za zdravljenje je mehanizem zagotavljanja kakovosti v številnih državah (Nemčija, Španija, Francija, Irska, Luksemburg, Nizozemska, Poljska, Portugalska in Združeno kraljestvo), čeprav nekatere države priznavajo, da ga je treba še bolj uveljaviti (Češka republika, Nizozemska). Številne države poročajo o povečanem obsegu usposabljanja osebja, čeprav se dejanski obseg vedno ne spremlja sistematično. Sistematično ocenjevanje služb za zdravljenje odvisnosti od drog v velikem obsegu je sorazmerno redko in je navzoče le na Danskem, v Italiji, Latviji, Luksemburgu, na Poljskem ter v Združenem kraljestvu in na Norveškem.

([115]) Glej Sliko 15 OL: Uvedba zdravljenja z metadonom v EU.

Socialna reintegracija

Socialna reintegracija ima tri stebre: (1) nastanitev, (2) izobraževanje ter (3) zaposlitev in poklicno usposabljanje. Nastanitev je predpogoj za ustaljeno življenje, cilj posredovanj pa je zagotoviti uživalcem drog (bivšim ali trenutnim) bivališče in/ali subvencioniranje najemnine. Večina uživalcev drog ima sorazmerno nizko formalno izobrazbo in bi jim koristilo izpopolniti svoje znanje na področju pismenosti, računanja in drugih veščin. Cilj pobud za zaposlitev in poklicno usposabljanje je doseči socialno neodvisnost osebe, ki se zdravi, z njeno vključitvijo na trg delovne sile bodisi tako, da se mu poišče ali celo subvencionira delovno mesto, ali pa z usposabljanjem za posebne spretnosti.

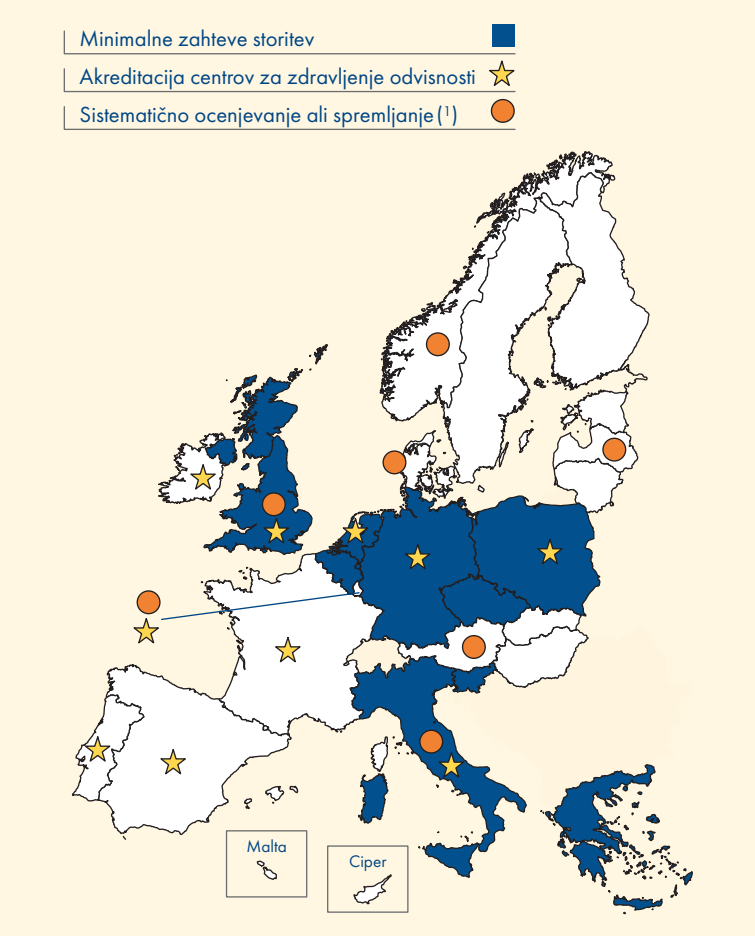
Socialna reintegracija je v primerjavi z zdravljenjem manj uveljavljen odziv na problematično uživanje drog in zato sta spremljanje in poročanje na tem področju še neenotna. Nekatere države članice poročajo, da bi bilo treba temu področju nameniti več pozornosti in finančnih virov (Nemčija, Estonija, Finska). V nekaterih državah pa se socialni reintegraciji namenja vse večja politična pozornost, s tem da se jo vključuje v nacionalne strategije boja proti drogam in v obliki finančne podpore (Grčija, Irska, Anglija in Wales) ([116]).

Podatki o povpraševanju po zdravljenju

Podatki o številu ljudi, ki se odločijo za zdravljenje zaradi težav z drogami, zagotavljajo koristen vpogled v splošne trende na področju problematičnega uživanja drog in nudijo možnosti za organiziranje in povečanje zmogljivosti za zdravljenje v Evropi. Kazalec potreb po zdravljenju (Treatment Demand Indicator – TDI) Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami zagotavlja enotno shemo za poročanje o številu in značilnostih oseb, napotenih v zmogljivosti za zdravljenje odvisnosti od drog. Čeprav se na podatke TDI lahko gleda kot na podatke, ki zagotavljajo dokaj trdno in koristno predstavitev značilnosti oseb, napotenih na specializirano zdravljenje odvisnosti od drog, je treba biti iz številnih strokovnih razlogov previden pri prenašanju ugotovitev na uporabnike storitev na splošno.

Splošna podoba, ki jo razkrivajo najnovejši podatki TDI in nacionalna poročila, še naprej odraža trend, o katerem se je poročalo v zadnjih letih in kaže na povečevanje skupnega števila posameznikov, ki se odločijo za zdravljenje. Kljub splošnemu povečanju števila zdravljenj, se zdi število novih povpraševanj po zdravljenju, to je posameznikov, ki so prvič sprejeti na zdravljenje, precej

Slika 19: Zagotavljanje kakovosti zdravljenja, povezanega z drogami



(1) Osrednji register podatkov o bolnikih in/ali zdravljenju, ki je na voljo
Vir: Nacionalna poročila Reitox.

nespremenjeno ([117]). Povečanje števila na splošno je mogoče razložiti s kombinacijo dejavnikov, ki še posebej vključuje boljše pokritje samega sistema poročanja in določenim razmahom dostopnosti zdravljenja ([118]).

Značilnosti oseb, ki povprašujejo po zdravljenju odvisnosti od drog

Tako službe za zdravljenje odvisnosti od drog kot njihovi uporabniki so ponavadi skoncentrirani v mestnih jedrih in na urbanih območjih, kjer prihaja do težav z drogami v povezavi z vrsto drugih socialnih in zdravstvenih težav, ki so vse po vrsti bolj običajne za marginalne in prikrajšane skupnosti.

Večina oseb začne specializirano zdravljenje odvisnosti od drog v dvajsetih letih ali na začetku tridesetih let,

([116]) Glej Sliko 16 OL: Pregled zagotavljanja socialne reintegracije.
([117]) Glej Sliko 19 OL: Število oseb, ki se prvič odločijo za centre za zdravljenje odvisnosti od drog v nekaterih državah članicah EU.
([118]) Glej Zdravljenje_Tab 1 in Zdravljenje_Tab 2 v Statističnem biltenu 2004.

povprečna starost odvisnikov, ki so prvič sprejeti na zdravljenje, pa je 26 let. Vendar pa starostna porazdelitev, ugotovljena na podlagi niza podatkov za vso Evropo, ni enotna, najvišja starost znaša 39 let, najnižja pa manj kot 20 let. To pa predvsem zaradi tega, ker starostna porazdelitev odraža dejstvo, da so uživalci, ki imajo težave z opiati ali kokainom, ponavadi starejši od povprečja, medtem ko so uživalci konoplje ali stimulativnih drog, ki niso kokain, navadno mlajši ([119]). Zato so v državah, ki so doživele izrazito povečanje števila oseb, napotenih na zdravljenje zaradi težav s konopljo, kot so Danska, Nemčija in Finska, uporabniki navadno mlajši kot v državah, kot so Grčija, Španija in Nizozemska, kjer prevladujejo težave zaradi heroina in kokaina. Pri določitvi starosti prebivalstva, vključenega v zdravljenje, ima pomembno vlogo tudi pretekli razvoj težav zaradi drog, na primer, na Finskem so osebe, ki se zdravijo, sorazmerno mlade, kar odraža dejstvo, da so težave zaradi drog razmeroma nove. Podobne rezultate se lahko pričakuje tudi za številne nove države članice, kjer so težave zaradi drog pogosto prav tako sorazmerno nov zgodovinski pojav, čeprav imajo tisti, ki se zatekajo k zdravljenju odvisnosti od drog, predvsem težave zaradi heroina ([120]).

Čeprav v vseh evropskih državah prevladujejo moški uživalci drog, se razmerje moških proti ženskam po državah precej spreminja in sega od 3:1 do 6:1. Razlike po državah zopet odražajo vrsto težav zaradi drog, regijo (najvišji deleži žensk med uživalci drog so bili ugotovljeni v severnoevropskih državah in v novih državah članicah) in starost oseb, ki se zdravijo.

Zanimivo je, da večina uživalcev, ki se želijo zdraviti zaradi odvisnosti od heroina, kokaina in hipnotikov ali pomirjeval, te droge uživa vsak dan, medtem ko je pogostnost uživanja drugih drog širše porazdeljena. To vprašanje je podrobneje obravnavano v izbranem poglavju o problemu konoplje v kontekstu (str. 82).

Večina oseb, ki se zdravijo, poroča o tem, da so začele uživati droge v adolescenci – najpogosteje v starosti od 15 do 19 let. Poročila o prvem zaužitju heroina in kokaina pa se izrazito razlikujejo, 20–30 % ljudi, ki se zdravijo, sta ju začeli uživati v starosti 25 let ali pozneje ([121]).

Socialni demografski podatki

Demografski podatki kažejo, da je za osebe, ki se zdravijo, nesorazmerno verjetno, da so socialno ali ekonomsko prikrajšane. Več kot polovici od njih ni uspelo dokončati srednješolske izobrazbe ([122]). Delež tistih, ki nimajo redne zaposlitve, je v primerjavi s splošno stopnjo nezaposlenosti višji: v nekaterih državah je brezposelna več kot polovica uživalcev drog, vključenih v zdravljenje ([123]). Tudi njihove stanovanjske razmere so pogosto negotove: približno 15 % oseb, vključenih v zdravljenje, živi v socialnih ustanovah ali nima stalne nastanitve ([124]). Treba je tudi opozoriti, da brezdomstvo samo lahko omejuje sposobnost posameznikov, da izkoristijo možnosti zdravljenja – in da lahko poveča tako težave zaradi uživanja drog kot njihove posledice (EMCDDA, 2003b, str. 65).

Med zdravljenimi osebami, ki imajo stalno nastanitev, jih ena tretjina živi samih, druga tretjina s starši, ostali pa s partnerjem ali z drugimi ljudmi. Več kot 10 % jih živi z otroki, kar nakazuje, da se otroci uživalcev drog lahko srečujejo z vrsto težav. Zaradi težav z drogami je starševstvo poseben izziv (Murphy-Lawless, 2002).

Uporabljane droge

V podatkih kazalcev povpraševanja po zdravljenju (Treatment Demand Indicator – TDI) sta zabeleženi primarna droga, zaradi katere se odloči za zdravljenje, in sekundarna snov uživanja, če obstaja. Tri snovi, ki so največkrat zabeležene bodisi kot primarni vzrok zdravljenja bodisi kot sekundarna droga, so opiati, kokain in konoplja (Slika 20).

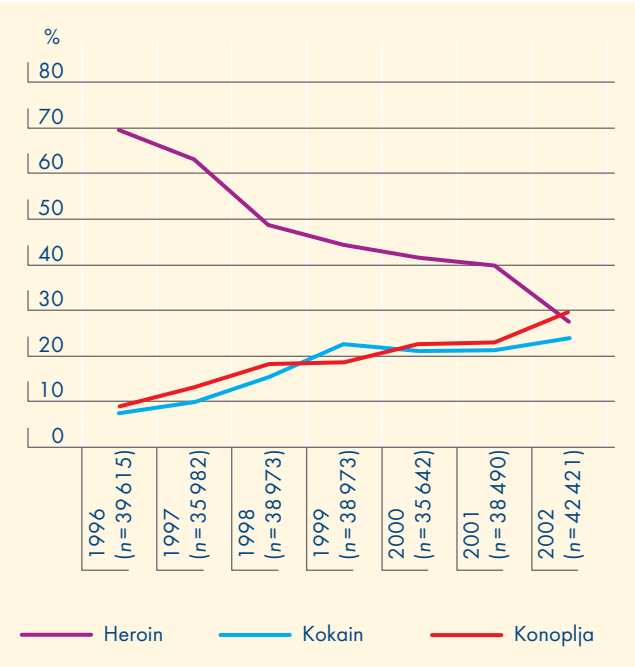
Prikazati jasno sliko drog, zaradi katerih se posamezniki odločijo za zdravljenje odvisnosti od njih, je zapleteno, ker uživalci drog običajno uživajo več psihoaktivnih snovi. Pogosto je težko določiti, v kolikšni meri so težave posameznika povezane z eno od teh snovi. V vseh državah je med zdravljenimi osebami pogosto uživanje več drog, med 40 % in 80 % vseh, ki se zdravijo, pa poroča o uživanju vsaj ene dodatne sekundarne droge. Za številne posameznike je značilno uživanje več drog, hkratne težave zaradi alkohola pa pogosto zapletejo zdravljenje. Zdi se, da v številnih državah raste število tistih, za katere se ugotavlja, da imajo težave z več snovmi, kar je trend, ki zbuja skrb.

Opiati

V večini držav ostajajo opiati (predvsem heroin) glavna droga, zaradi katere se osebe odločijo za zdravljenje in na katero se ponavadi navezuje med 40 % in 90 % vseh

([119]) Glej Zdravljenje_Tab 5 v Statističnem biltenu 2004.
([120]) Glej Zdravljenje_Tab 4 v Statističnem biltenu 2004.
([121]) Glej Sliko 20 OL: Starost ob prvem zaužitju po glavnih vrstah drog in Zdravljenje_Tab 5 v Statističnem biltenu 2004.
([122]) Glej Sliko 21 OL: Vse osebe, ki se odločijo za zdravljenje, po stopnji izobrazbe in Zdravljenje_Tab 6 v Statističnem biltenu 2004.
([123]) Glej Sliko 22 OL: Vse osebe, ki se odločijo za zdravljenje, po delovnem statusu in Zdravljenje_Tab 7 v Statističnem biltenu 2004.
([124]) Glej Sliko 23 OL: Stanovanjske razmere (kje) pri vseh osebah, ki se odločijo za zdravljenje, in stanovanjske razmere (s kom) pri vseh osebah, ki se odločijo za zdravljenje.

Slika 20: Delež oseb, ki prvič obiščejo službe za zdravljenje odvisnosti od drog in katerih primarna droga je heroin, kokain ali konoplja, 1996–2002



Opombe: Države, ki vsako leto posredujejo podatke so: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI in SE (za FI manjkajo podatki za 1996/1997 in za SE za leto 2000).
Številke so seštete glede na sodelujoče države za vsako leto.
Vir: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003.

povpraševanj po zdravljenju. Države EU se lahko na splošno razdelijo v tri skupine glede na to, kolikšen je pri prebivalstvu, vključenem v zdravljenje, delež tistih, ki imajo težave s heroinom:

- pod 40 % – Češka republika, Madžarska, Finska, Švedska;
- 40–70 % – Danska, Nemčija, Španija, Nizozemska, Slovaška;
- nad 70 % – Grčija, Italija, Litva, Luksemburg, Slovenija, Združeno kraljestvo.

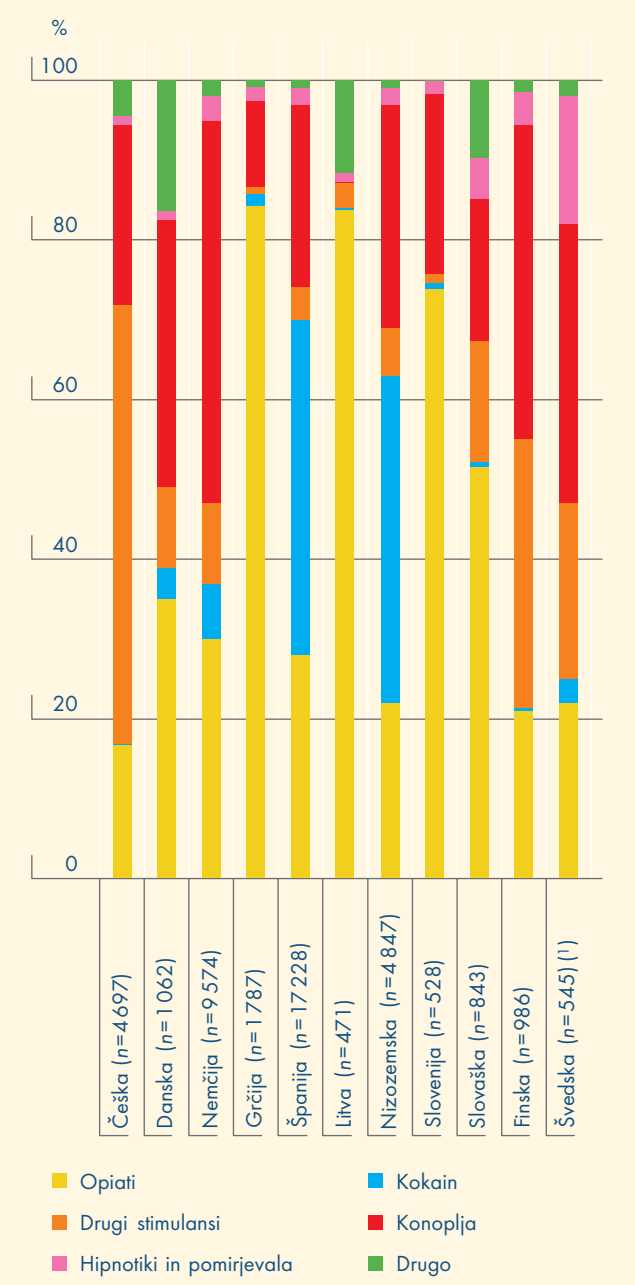
Konoplja

Konoplja je na splošno druga najpogosteje navedena droga v poročilih o tistih, ki se začenjajo zdraviti. To še posebej velja za osebe, ki se zdravijo prvič (Slika 21), od katerih se za skoraj tretjino (29,5 %) poroča, da imajo težave predvsem zaradi konoplje. Delež ljudi, ki se odločijo za zdravljenje zaradi konoplje, se od države do države močno razlikuje ([125]). Povpraševanje po zdravljenju zaradi težav s konopljo je poglobljeno obravnavano drugje (str. 82) v tem poročilu.

Kokain

Kokain je tretja najpogostejša droga, o kateri poročajo tisti, ki se začenjajo zdraviti, vendar pa so med državami izrazite razlike. V novih državah članicah je na primer povpraševanje, povezano z uživanjem kokaina, izredno nizko, ali pa ga sploh ni. V večini drugih držav je zaradi kokaina kot primarne droge manj kot 10 % vseh

Slika 21: Nove osebe na zdravljenju v letu 2002: razporeditev po različnih primarnih drogah



Opombe: Skupno število primerov: 42 568.
(1) Samo izvenbolnišnična zdravljenja.
Vir: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003.

([125]) Glej Tabelo TDI 10 in Tabelo TDI 11 v Statističnem biltenu 2004.

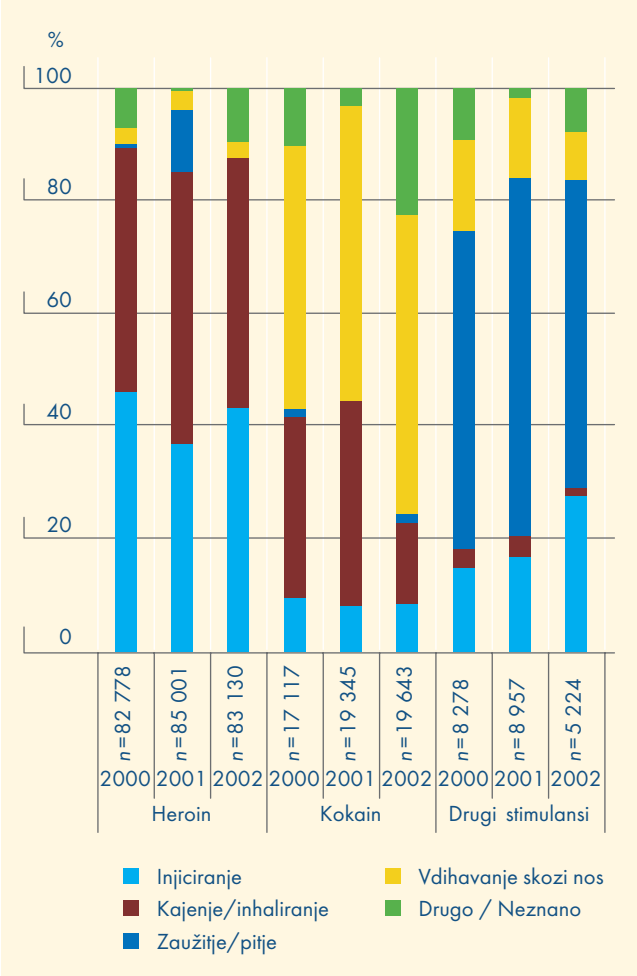
povpraševanj po zdravljenju, vendar je odstotek višji pri osebah, ki se zdravijo prvič, približno 25 %.

Manj kot 8 % oseb, ki se odločijo za zdravljenje zaradi uživanja kokaina, poroča o vbrizgavanju droge kot o običajnem načinu dovajanja droge.

Drugi stimulansi

O stimulansih, ki niso kokain, se redko poroča kot o primarnem vzroku za začetek zdravljenja zaradi odvisnosti od drog, kar pa ne velja za Češko, Finsko in Švedsko, kjer je najti med eno četrtino in več kot polovico vseh povpraševanj po primarnem zdravljenju. V Češki republiki se več kot 50 % navedenih povpraševanj po zdravljenju nanaša na primarne težave z metamfetamini. Drugod je uživanje stimulansov manj pogosto razlog za začetek zdravljenja, navaja ga skoraj 10 % tistih, ki se začenjajo zdraviti na Slovaškem, 7 % v Nemčiji, 6 % na Danskem in 5 % na Madžarskem. V vseh drugih državah je delež celo manjši. Podatki iz leta 2002 kažejo tudi povečanje števila uživalcev stimulansov, ki navajajo vbrizgavanje, od 14 % leta 2000 do 27 % leta 2002, čeprav je ta skupina v absolutnih številkah še vedno sorazmerno majhna (Slika 22).

Slika 22: Način uporabe za heroin, kokain in druge stimulanse med osebami, ki so se zdravile izvenbolnišnično



Opombe: Podatki so na voljo za DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE in UK (podatki za leto 2002 iz Irske niso bili na voljo).
Prikazano je osnovno število oseb od skupnega števila, ki so navedle način uporabe drog.

Viri: Nacionalna poročila Reitox (2001, 2002, 2003); podatki TDI (2000, 2001, 2002) iz ambulantnih centrov za zdravljenje odvisnosti.

Poglavje 8

Vprašanja v zvezi s kriminalom in zapori

Z drogo povezan kriminal

Z drogo povezan kriminal bi lahko razdelili na naslednje štiri kategorije:

- *Psihofarmakološka kazniva dejanja:* kazniva dejanja, storjena pod vplivom psihoaktivne snovi.
- *Kompulzivna gospodarska kazniva dejanja:* kazniva dejanja, storjena zaradi pridobitve denarja (ali drog) v podporo zasvojenosti z drogami.
- *Sistemska kazniva dejanja:* kazniva dejanja, storjena v okviru delovanja trgov s prepovedanimi drogami kot del posla nezakonite distribucije in dobave droge.
- *Kršitve zakonov o drogah:* kazniva dejanja, storjena v nasprotju z zakonodajami o drogah (ali v nasprotju z drugimi sorodnimi zakonodajami).

Podatki o prvih treh kategorijah kaznivih dejanj so v EU maloštevilni, tisti, ki so na voljo, pa izvirajo iz priložnostnih lokalnih študij, ki v glavnem niso rutinsko izvedene in iz katerih je težko sklepati na splošno.

"Poročila" ([126]) o kršitvah zakonov o drogah (uživanje, posedovanje, preprodaja, trgovanje itd.) odražajo razlike v nacionalnih zakonodajah, prav tako pa tudi različne načine uporabe in uveljavljanja zakonov ter razlike v prioritetah in sredstvih, ki jih organi kazenskega pravosodja namenijo določenim kaznivim dejanjem. Poleg tega se kršitve zakonov o drogah od države do države močno razlikujejo, predvsem kar zadeva postopke prijavljanja in beleženja, tj. kaj se zabeleži, kdaj in kako. Zaradi teh razlik je primerjava med državami EU precej otežena.

V obdobju 1997–2002 je število "poročil" o kršitvah zakonov o drogah naraslo v večini držav EU. Povečanja so bila še posebej opazna (dvakratno ali več) v Češki republiki, v Estoniji, v Litvi, na Madžarskem, Poljskem, v Sloveniji in na Norveškem. Vendar pa je število "poročil" o kršitvah zakonov o drogah upadlo v letih 2001 in 2002 v Italiji in na Portugalskem ([127]), leta 2002 pa v Estoniji ([128]), na Irskem, v Latviji, Sloveniji in na Finskem.

V večini držav EU je večina prijavljenih kršitev zakonov o drogah povezanih z uživanjem drog ali posedovanjem za uživanje ([129]), v razponu od 52 % vseh kršitev zakonov o drogah na Finskem do 90 % v Avstriji. V Češki republiki se 90 % prijavljenih kršitev zakonov o drogah nanaša na preprodajo ali trgovanje, medtem ko se v Italiji in Španiji – kjer uživanje in posedovanje drog za osebno uporabo nista kaznivi dejanji – vse z drogo povezane kršitve nanašajo na preprodajo ali trgovanje. V Luksemburgu, na Portugalskem in Norveškem ([130]) se večina kršitev nanaša tako na uživanje/preprodajo drog kot na promet z drogami.

V vseh državah, za katere so bili na voljo podatki, z izjemo Portugalske, se je v petletnem obdobju 1997–2002 ([131]) delež vseh kršitev zakonov o drogah, ki so zajemale kršitve, povezane z uživanjem/posedovanjem drog za uživanje, povečal. Povečevanje je v glavnem potekalo počasi, navzgor usmerjeni trendi pa so bili bolj izraženi v Belgiji, v Luksemburgu in Sloveniji ter na Irskem do leta 2001. Na Portugalskem se je leta 2000 delež kršitev, povezanih z uživanjem, začel zmanjševati, kar je bilo leto dni prej, preden so posedovanje za uživanje razglasili za nekaznivo dejanje (julija 2001) ([132]).

([126]) Izraz "poročila" o kršitvah zakonov o drogah je v navednicah, ker opisuje različne pojme v različnih državah (policijska poročila o osumljenih storilcih kršitev zakonov o drogah, stroški za kršitve zakonov o drogah itd.). Glede natančne definicije za vsako državo posebej se obrnite na metodološke opombe o opredelitvah "poročil" o kršitvah zakonov o drogah v Statističnem biltenu 2004. (Izraz "arrests" (aretacije) se je uporabljal v letnih poročilih do leta 2001.)

([127]) Upad "poročil" o kršitvah zakonov o drogah na Portugalskem je rezultat dekriminalizacije uživanja/posedovanja drog za uživanje iz julija 2001.

([128]) Upad števila "poročil" o kršitvah zakonov, povezanih z drogo v Estoniji, je povezan z dekriminalizacijo ponavljajočega se uživanja drog in posedovanja majhne količine droge za osebno uporabo septembra 2002.

([129]) Glej Kazniva dejanja, povezana z drogami_Tab 2 v Statističnem biltenu 2004.

([130]) Na Norveškem ni razlike med "prekupčevanjem/trgovanjem z drogami" ter "uživanjem/prekupčevanjem in trgovanjem z drogami". Preostale kršitve zakonov o drogah se nanašajo samo na "uživanje drog".

([131]) Glej Kazniva dejanja, povezana z drogami_Tab 4 v Statističnem biltenu 2004.

([132]) Zakon o dekriminalizaciji uživanja drog in posedovanja drog za uživanje je bil sprejet novembra 2000 in je začel veljati julija 2001.

Tabela 4: Najpogosteje omenjena droga v "poročilih" o kaznivih dejanjih v zvezi z drogami v državah EU in na Norveškem

Država	Opombe	Leto	Delež (%)		
			Konoplja	Heroin	Kokain
Belgija		2002	67	8	7
Češka	(2)	2002	37	8	1
Danska			n.a.	n.a.	n.a.
Nemčija	(2) (3)	2002	56	17	9
Estonija			n.a.	n.a.	n.a.
Grčija			n.a.	n.a.	n.a.
Španija	(1) (4)	2002	52	7	33
Francija	(2)	2002	87	5	3
Irska	(2)	2002	65	9	6
Italija	(1) (4)	2002	42	27	28
Ciper			n.a.	n.a.	n.a.
Latvija			n.a.	n.a.	n.a.
Litva	(1)	2002	10	15	1
Luksemburg	(1)	2002	28	51	21
Madžarska	(2)	2002	66	16	2
Malta			n.a.	n.a.	n.a.
Nizozemska	(2) (5)	2002	37	58	
Avstrija	(1)	2002	58	11	11
Poljska			n.a.	n.a.	n.a.
Portugalska	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Slovenija	(1)	2002	82	10	2
Slovaška			n.a.	n.a.	n.a.
Finska			n.a.	n.a.	n.a.
Švedska	(1) (7)	2001	34	7	2
Združeno kraljestvo	(1)	2000	69	12	5
Norveška			n.a.	n.a.	n.a.

Opombe: Glede natančne opredelitve za vsako državo se obrnite na metodološke opombe o opredelitvah "poročil" o kršitvah zakonov o drogah v Statističnem biltenu 2004.
n.a.: podatki niso na voljo.
(1) Med vsemi omenjenimi drogami (posamično ali ne).
(2) Med glavnimi drogami.
(3) Med vsemi prestopki, razčlenjenimi po posameznih drogah (za nekatere droge razčlenitev po drogah ni na voljo).
(4) Med prestopki za trgovanje in promet z drogami (ker se prestopki za uporabo/posedovanje za uporabo drog ne kaznujejo).
(5) Podatki pod "heroin" se nanašajo na "trde droge" (opredeljene kot droge, ki predstavljajo nesprejemljivo tveganje za javno zdravje, kot so heroin, kokain, ekstazi, LSD). Nekatera kazniva dejanja vključujejo tako konopljo kot "trde droge" in tukaj niso vključena, kar pojasnjuje, zakaj je skupna vsota manj kot 100 %.
(6) Ta delež je vrednoten prenizko, saj predstavlja kazniva dejanja za vsako posamično drogo, npr. izključno kazniva dejanja v zvezi s konopljo (ne vključuje kaznivih dejanj v zvezi s "konopljo + drugo(-imi) drogo(-ami)").
(7) Med osebami, ki jim je kazen določil tožilec po skrajšanem postopku ali ki jim je kazen izreklo sodišče.
Vir: Nacionalne kontaktne točke.

V večini držav članic je konoplja tista prepovedana droga, ki je najpogosteje predmet prijavljenih kršitev zakonov o drogah (Tabela 4). V državah, kjer ta trditev drži, predstavljajo s konopljo povezane kršitve od 34 % (Švedska) do 87 % (Francija) vseh kršitev zakonov o drogah. Heroin je droga, ki se najpogosteje pojavlja v Litvi in Luksemburgu, kjer predstavlja 15 % oziroma 51 % vseh kršitev zakonov o drogah, medtem ko na Nizozemskem prevladujejo kazniva dejanja, ki vključujejo "trde droge" ([133]). Na relativni delež kršitev zakonov o drogah, povezanih z določeno drogo, vplivajo številni dejavniki, med njimi operativne prednostne naloge uradnikov organov pregona ter eksplicitne ali implicitne strateške odločitve o različni obravnavi različnih kršitev zakonov o drogah.

Od leta 1997 je delež z drogo povezanih kaznivih dejanj, ki vključujejo konopljo, narasel v Nemčiji, Španiji, Franciji, Luksemburgu, na Madžarskem in Portugalskem, medtem ko je v Belgiji, Italiji, Litvi, na Nizozemskem, v Sloveniji in na Švedskem ostal nespremenjen. V Avstriji je delež s konopljo povezanih kaznivih dejanj med vsemi z drogo povezanimi kaznivimi dejanji naraščal do leta 1999, od takrat naprej pa upadal ([134]).

V istem obdobju je v vseh državah EU, iz katerih so bili na voljo podatki ([135]), delež s heroinom povezanih kaznivih dejanj upadel, z izjemo Madžarske in Združenega kraljestva, kjer je narasel ([136]), ter Litve, kjer je od leta 2000 nihal ([137]). S kokainom povezana kazniva dejanja kažejo nasproten trend; v primerjavi z vsemi z drogo povezanimi kaznivimi dejanji so od leta 1997 kazniva dejanja narasla v vseh državah, ki so posredovale podatke, z izjemo Nemčije, Litve, Luksemburga in Madžarske, od koder poročajo o trendih upadanja ([138]).

Uživalci drog in zapor

Uživalci drog v zaporu

Nacionalne rutinske informacije o vrsti in vzorcu uživanja drog med zaporniki so redke. Veliko podatkov, ki so na voljo v EU, izvira iz priložnostnih študij na lokalni ravni, ki temeljijo na vzorcih zapornikov, katerih velikost in pogoji izbirnega postopka se močno razlikujejo. Poleg tega zapori, ki jih študija zajema, ne odražajo vedno zaporniškega sistema kot celote, pomanjkanje ponovljenih raziskav pa v večini držav onemogoča analizo trendov. Ti dejavniki močno otežujejo preslikavo rezultatov.

([133]) Na Nizozemskem veljajo za "trde droge" heroin, kokain, amfetamini, ekstazi in LSD.
([134]) Glej Kazniva dejanja, povezana z drogami_Tab 5 v Statističnem biltenu 2004.
([135]) Naslednje države so podale časovne analize kršitev zakonov o drogah, razvrščene po drogah: Belgija, Nemčija, Španija, Francija, Irska, Italija, Litva, Luksemburg, Madžarska, Nizozemska (le za konopljo in "trde droge"), Avstrija, Portugalska, Slovenija, Švedska in Združeno kraljestvo (le do leta 2000).
([136]) Podatki za Združeno kraljestvo so bili na voljo le do leta 2000.
([137]) Glej Kazniva dejanja, povezana z drogami_Tab 6 v Statističnem biltenu 2004.
([138]) Glej Kazniva dejanja, povezana z drogami_Tab 7 v Statističnem biltenu 2004.

V primerjavi s populacijo na splošno je zastopanost uživalcev drog med populacijo v zaporih prevelika. Med populacijami zapornikov, pripori in državami obstajajo velike razlike med odstotki zapornikov, ki so kdaj v življenju že zaužili drogo, od 22 % do 86 % ([139]). Tako kot med prebivalstvom na splošno je konoplja najpogosteje prijavljena prepovedana droga, stopnja zapornikov, ki so jo v življenju že kdaj užili, se giblje med 11 % in 86 %. Stopnja zapornikov, ki so v življenju že kdaj zaužili kokain (in crack), je 5–57 %, za heroin pa 5–66 %.

V EU se razširjenost rednega uživanja drog ali odvisnost pred prestajanjem kazni v zaporu giblje med 8 % in 73 % ([140]).

Zapori: izziv za javno zdravje

Nekateri zaporniki vidijo zapor kot možnost, da se spopadejo s svojim problemom, vendar je to mogoče v praksi težje doseči (Long et al., 2004). Večina uživalcev drog ob sprejemu v zapor zmanjša uživanje drog ali z njim preneha. Vendar pa nekateri zaporniki nadaljujejo svoj vzorec uživanja drog, nekateri pa začnejo droge uživati v zaporu. Razpoložljive študije kažejo, da naj bi med 8 % in 60 % zapornikov med bivanjem v zaporu užilo droge, 10–36 % pa jih poroča, da so droge redno uživali ([141]).

Mnogo zapornikov ima omejen dostop do zdravstvenih storitev. Zdravstveni strokovnjaki v zaporih imajo le malo stikov z rednim zdravstvenim sistemom; poleg tega pogosto nimajo možnosti dostopa do nadaljnjega izobraževanja, kar še pripomore k izolaciji zdravstvenih storitev v zaporih. Reševanje teh problemov je težavno, kot se je pokazalo na Irskem, kjer kljub prizadevanjem vodstev zaporov in zdravstvenih delavcev za boljši dostop do zdravljenja in zdravstvene oskrbe za uživalce drog ni prišlo do bistvenih izboljšav.

Vse bolj je navzoča težnja, da se odgovornost za zdravstvene storitve v zaporih prenese s kazenske službe na državni zdravstveni sistem. V Španiji so pred kratkim sprejeli zakon "Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud" (Zakon 16/2003 z dne 28. maja o koheziji in kakovosti nacionalnega zdravstvenega sistema), katerega cilj je obravnavanje zahtev po integraciji zapora in sistemov javnega zdravja. V Estoniji se Ministrstvo za pravosodje v sodelovanju z Ministrstvom za socialne zadeve zavzema za vključitev zdravstvenega varstva v zaporih v splošni sistem zdravstvenega varstva pred letom 2006. V Franciji je bila ta naloga zaupana Ministrstvu za zdravje že leta 1994.

V Italiji so od leta 2000 za varstvo in zdravljenje zapornikov zadolžene lokalne zdravstvene službe. V Angliji in Walesu je zdravstveno varstvo v zaporih v rokah Ministrstva za zdravje oziroma narodne skupščine v Walesu (v privatnih zaporih je v obeh regijah v rokah Ministrstva za notranje zadeve). Pred letom 2006 bo zdravstvena oskrba v vseh zaporih v Angliji, ki niso v zasebni lasti, postala del Nacionalne zdravstvene službe ([142]).

Nalezljive bolezni v zaporih in njihovo preprečevanje

Po poročilih se odstotek zapornikov, ki so kdaj v življenju že zaužili drogo z vbrizgavanjem, giblje med 15 % do 50 %, nekatere študije pa poročajo celo o nižjih (1 %) ali višjih vrednostih (69 %).

Kjer so na voljo primerljivi podatki, ti kažejo, da so mlajši prestopniki manj nagnjeni k vbrizgavanju kot starejši in da so med zaporniki ženske bolj nagnjene k vbrizgavanju kot moški ([143]). Na podlagi številnih študij v EU sta Bird in Rotily (2002) dokazala, da približno tretjina odraslih zapornikov moškega spola uživa drogo z vbrizgavanjem. Po razpoložljivih podatkih kontaktnih točk Reitox je med 0,2 % in 34 % zapornikov ([144]) v zaporu užilo droge z vbrizgavanjem. To sproža vprašanje glede dostopa do sterilne opreme za vbrizgavanje in higienskih navad izmenjavanja med populacijo zapornikov ter možnosti širjenja nalezljivih bolezni, če se teh vprašanj ne bo obravnavalo.

Zapori so okolja z visokim tveganjem za širjenje takšnih bolezni. Prakse, za katere se je izkazalo, da lahko zmanjšajo pojav nalezljivih bolezni, so zdravljenje spolno prenosljivih bolezni in oskrba s kondomi, nadomestno zdravljenje, programi cepljenja in programi za zamenjavo injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo.

Nadomestno zdravljenje je v zaporih vse bolj razširjeno. V Belgiji, na Danskem, v Španiji, Avstriji in Sloveniji je nadomestno zdravljenje na voljo v vseh zaporih. V Belgiji, na Danskem, v Luksemburgu in na Norveškem smejo zaporniki začeti nadomestno zdravljenje med prestajanjem kazni v zaporu. V Italiji pa naj bi nadomestno zdravljenje začeli zaporniki v preiskovalnem zaporu. Predpisana zdravila za progresivno zmanjševanje nadomestnega zdravljenja do dosežene abstinence so na voljo v večini nemških dežel (Länder), na Nizozemskem, v Sloveniji in v zaporih večjih mest v Italiji. V Združenem kraljestvu so vzdrževalni programi namenjeni predvsem zapornikom v preiskovalnem zaporu ali tistim, ki prestajajo kratke zaporne kazni.

([139]) Glej Zapor_Tab 1 v Statističnem biltenu 2004.
([140]) Glej Zapor_Dodatek v Statističnem biltenu 2004.
([141]) Glej Zapor_Tab 3 v Statističnem biltenu 2004.
([142]) Glej Tabelo 10 OL: Najnovejše strategije v zvezi z drogami v zaporih, ministrske direktive in standardi storitev v EU in na Norveškem.
([143]) Glej Zapor_Tab 2 v Statističnem biltenu 2004.
([144]) Glej Zapor_Tab 4 v Statističnem biltenu 2004.

Irski nacionalni odbor za imunizacijo (National Immunisation Committee of Ireland) je leta 2002 priporočil poseben program cepljenja proti hepatitisu B. Obsega tri zaporedne tedenske vbrizge s ponovitvijo po 12 mesecih, ki zagotavlja 99-odstotno zaščito za 13 mesecev (Zuckerman, 2003).

Iz pregleda 14 mednarodnih študij, ki so preučevale učinkovitost programov zamenjave injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo v okoljih zaporov, izhaja, da so takšni programi izvedljivi in imajo za posledico zmanjšanje tako vedenja z visokim tveganjem kot prenosa virusov, ki se prenašajo s krvjo, brez kakršnih koli negativnih posledic, kot so slučajne poškodbe z injekcijskimi iglami ali namerna uporaba injekcijskih igel kot orožja proti uslužbencem zapora ali drugim sojetnikom (Dolan et al., 2003). Leta 2002 so programe zamenjave injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo izvajali v 27 kaznilnicah v Španiji, razdeljenih je bilo 12 970 brizg za enkratno uporabo, niso pa poročali o nobenih incidentih.

Čeprav v Španiji vse več zaporov zagotavlja prostore za zamenjavo injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo, pa so v nemških deželah Hamburg in Spodnja Saška te programe opustili (Stöver in Nelles, 2003). Program zamenjave injekcijskih igel in brizg za enkratno uporabo sicer še vedno poteka v enem ženskem zaporu v Nemčiji (Berlin) (Weilandt, osebno sporočilo, 2004). V zaporu Josefstadt na Dunaju je v pripravi pilotni projekt, v Luksemburgu pa imajo namen odvisnikom v zaporih v okviru programa zdravstvenega varstva zagotoviti opremo za vbrizgavanje ([145]).

Alternative zapora, namenjene storilcem kaznivih dejanj, ki uživajo droge

Alternative zapora bo obravnavalo letno poročilo za naslednje leto, ko bo na voljo izčrpen in podroben pregled takšnih ukrepov v EU. Letošnje letno poročilo bo zato obravnavalo posebne vidike alternativnih kazni za uživalce drog.

Pojavljajoče se pobude: sodišča za droge ter poravnava med žrtvijo in storilcem kaznivega dejanja

Sodišča za droge so nove strukture, ki so jih razvili v nekaterih državah zaradi obravnavanja uživalcev drog, ki so zagrešili nenasilen prestopek. Ta sodišča delujejo tako, da odložijo izrek sodbe in vključijo v postopek osebe, ki običajno niso vključene v zdravljenje odvisnosti od drog (sodnik, tožilec, drugi uslužbenci organov pregona). Namen je preprečiti vrnitev prestopnika v sistem kazenskega pravosodja in k uživanju drog s pomočjo zdravljenja in pritiska, ki ga nad njim izvaja sistem kazenskega pravosodja. Sodišča za droge so bila ustanovljena na Irskem in Škotskem, kjer kazenski sistem temelji na javnem pravu ("common law"). V drugih državah EU, kjer velja kodeks civilnega prava, pa sodišča za droge v strogem pomenu besede ne obstajajo, vendar so podobne pobude v razvoju.

V nemški deželi Baden-Wurttemberg so leta 2003 kot rezultat povezave med policijo, javnim tožilcem, sodniki, službami za pogojni odpust in službami za svetovanje v zvezi z drogami, ter med glavnimi udeleženci treh okrajnih sodišč (Baudis, 2004) začeli projekt za obravnavanje mladostnih prestopnikov (Way out –Izhod), ki je podoben sodiščem za droge. Podobno obstaja v Milanu program "Zdravljenje je vredno truda", ki vključuje centralno sodišče ob tesnem sodelovanju lokalnih služb za obravnavanje odvisnosti in zdravje. Tukaj prestopnike, ki so odvisni od drog, napotijo na zdravljenje isti dan, ko se jim izreče sodba.

Ovrednotenje sodišča za droge v Dublinu (Farell, 2002) je pokazalo, da bo sčasoma sodišče za droge zmanjšalo stroške sistema kazenskega pravosodja. Ministrstvo za pravosodje je razširilo območje Dublina, na katerem je sodišče za droge pristojno.

Pregled mednarodnega razvoja sodišč za droge in njihove učinkovitosti, ki ga je leta 2003 izvedla Skupina Pompidou, kaže, da bi moralo uvajanje sodišč za terapevtske droge temeljiti na izkazani potrebi in da potrebuje politično podporo, mehanizme za sodelovanje med službami ter ustrezno strukturno/finančno podporo za zagotovljeno minimalno obdobje petih let (Moyle, 2003).

Za pospeševanje kazenskih postopkov proti nenasilnim prestopnikom (med katerimi je odstotek uživalcev drog zelo visok) se vedno bolj uporablja poravnalna pravica. To je v skladu z javnim interesom zmanjševanja stroškov, povezanih z obravnavanjem nepomembnih kazenskih primerov v preobremenjenih sistemih kazenskega pravosodja. Eden od pomembnejših dosežkov je izvensodna poravnava. Ta sistem je usmerjen v reševanje sporov med žrtvami in prestopniki ter v poravnavo sporov, povezanih s kazenskimi postopki.

Na Nizozemskem ponudi policija možnost poravnave prestopnikom, ki so zagrešili svoj prvi prestopek in so stari od 12 do 18 let. V Češki republiki je bila leta 2000 ustanovljena Služba za pogojni odpust in poravnavo, ki je namenjena predvsem mladostnikom in uživalcem drog. Leta 2002 je ta služba zabeležila 29 291 primerov, od katerih jih je bilo 765 udeleženih v prestopkih, povezanih z drogami.

([145]) Glej Tabelo 11 OL: Socialno-zdravstvene službe za uživalce drog v zaporih EU v letu 2002.

Izbrano poglavje 1

Vrednotenje "nacionalnih strategij boja proti drogam" v Evropi

Pristopi k merjenju nacionalnih strategij boja proti drogam

Veliko držav je nedavno sprejelo "nacionalno strategijo boja proti drogam" ([146]). To poglavje se osredotoča na načrte za ovrednotenje tovrstnih strategij, kar je na evropski ravni prvič omogočeno z delom, ki so ga letos opravile nacionalne kontaktne točke. To delo je pomagalo razjasniti sklicevanja na vrednotenje v "nacionalnih strategijah boja proti drogam", ki niso vedno samoumevna ali strogo razmejena.

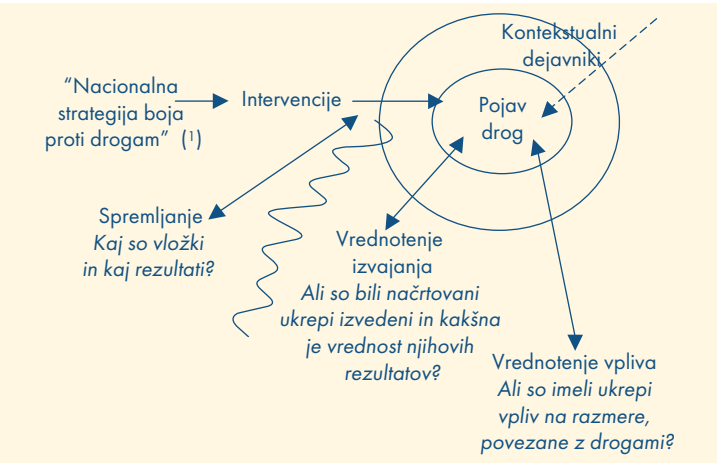
Ukrepe za vrednotenje evropskih "nacionalnih strategij boja proti drogam" lahko razdelimo v tri glavne dejavnosti: (1) spremljanje, kar pomeni redno zbiranje podatkov v zvezi s pojavom drog kakor tudi z odzivi in intervencijami; (2) vrednotenje izvajanja, kar pomeni presojo dodane vrednosti z izvajanjem pobud in razporeditvijo sredstev, predvidenih v strategiji boja proti drogam; in (3) vrednotenje vpliva (splošno imenovana ocena učinkovitosti), presoja rezultatov (kratkoročni vplivi) in vplivov ([147]) (dolgoročne posledice) v zvezi s pojavom drog, ki so bili doseženi (vsaj delno) kot posledica nacionalne strategije boja proti drogam (Slika 23) ([148]).

Glavna razlika med državami z vidika pristopa do vrednotenja nacionalnih strategij boja proti drogam je med tistimi državami, ki spremljajo strategijo boja proti drogam, in tistimi, ki predvidevajo ovrednotenje izvajanja in/ali vpliva.

V nacionalnih strategijah boja proti drogam pojma spremljanje in vrednotenje nista vedno jasno razmejena, zato je pomembno, da se zavedamo razlike. Spremljanje je stalen in sistematičen proces, pri katerem nastanejo tekoči kvantitativni in kvalitativni podatki o pojavu drog in sprejetih ukrepih za njegovo obravnavanje. Zagotavlja lahko redne povratne informacije o izvajanju dejavnosti (tj. o vložkih: koliko sredstev se je porabilo; in o rezultatih: kateri ukrepi so bili izvedeni, v kakšnem časovnem obdobju in kdo jih je izvedel). Vendar spremljanje ponavadi ne zagotovi informacij o vplivih strategije oziroma ne postreže z odgovori, ali neka dejavnost dosega svoje cilje ali ne. Čeprav lahko sistem spremljanja pogosto zagotovi podatke o razvoju različnih vidikov pojava drog in o izvedenih ukrepih za boj proti temu pojavu, je na splošno težko določiti, ali so navedene spremembe neposredne posledice izvedenih ukrepov (pripisovanje vzročnosti).

Vprašanje vzročnosti in druga zapletena strokovna vprašanja se obravnavajo z vrednotenjem (Tabela 5), kar pomeni "presojo vrednosti javne intervencije" (v tem primeru nacionalne strategije boja proti drogam) "s sklicevanji na merila" (ustreznost, učinkovitost, vpliv) "in izrecne standarde" (kakovost, količina) (opredelitev, povzeta po Evropski komisiji, 1999), kar na splošno zahteva poglobljene raziskave, ki jih je treba izvesti. Sestavni element vrednotenja je tako dvojen: (1) dokaz, ki temelji na podatkih dobre kakovosti, tj. zbranih z znanstvenimi metodologijami (spremljanje in poglobljene

Slika 23: Ravni vrednotenja "nacionalnih strategij boja proti drogam"



(1) Izraz "strategija boja proti drogam" vključuje tudi vse enakovredne akcijske načrte, ki izhajajo iz strategije.

([146]) Opredeljeno v Poglavju 1, str. 17.

([147]) Zaradi poenostavitve bomo tukaj uporabljali izraz "ocena vpliva" za ocenjevanje tako rezultatov kot učinkov, kar sta dve zelo različni znanstveni nalogi, ki sta v ustrezni literaturi ponavadi ločeni.

([148]) Obsežna ocena bi vključevala tudi vrednotenje učinkovitosti, ki širše meri stroške, potrebne za dosežene rezultate in učinke. Vendar so bili podatki o tem vidiku na voljo samo v španskem jeziku (glej spodaj).

Tabela 5: Običajno uporabljeni izrazi vrednotenja (metode ukrepanja za ukrepe strukturne narave)

Skupna ocena	Celotna ocena intervencije
Skladnost	Obseg, do katerega logika intervencije ni protislovna/intervencija ne nasprotuje drugim intervencijam s podobnimi cilji
Relevantnost	Obseg, do katerega cilji intervencije ustrezajo potrebam, težavam in vprašanjem, ki jih je treba rešiti
Doslednost	Obseg, do katerega se pozitivni/negativni učinki prelivanja na druga področja gospodarskih, socialnih ali okoljskih politik povečujejo/zmanjšujejo
Uporabnost	Obseg, do katerega se učinki skladajo s potrebami, težavami in vprašanji, ki jih je treba rešiti
Uspešnost	Obseg, do katerega se dosegajo zastavljeni cilji
Učinkovitost	Obseg, do katerega se želeni učinki dosegajo po razumni ceni
Analiza gospodarnosti (stroškovne učinkovitosti)	Orodje vrednotenja za presojanje v smislu učinkovitosti
Analiza stroškov in koristi	Orodje vrednotenja za presojanje prednosti intervencij s stališča celotne zadevne skupine in na podlagi denarne vrednosti, ki se pripiše vsem posledicam intervencije
Rezultat	Kar se financira in doseže (ali uresniči) z denarjem, dodeljenim intervenciji
Učinek	Posledica, ki zadeva neposredne uporabnike po koncu njihove udeležbe pri intervenciji ali po ustanovitvi javne ustanove, oziroma neposredna posledica, ki zadeva druge uporabnike, ki lahko z njo pridobijo ali ne

Vir: Evropska komisija, 1999.

raziskave), o obstoju vzročnosti med izvajanjem politike in spremembo v preučevanem pojavu; in (2) presoja vrednosti doseženega vpliva, ki mora biti v končni fazi povezan z odločanjem.

V praksi je pojem "vrednotenje" neizogibno povezan s "spremljanjem", vendar je, kljub temu, da nekateri dokumenti oba termina obravnavajo kot sopomenki, treba upoštevati, da spremljanje ni enako vrednotenju (čeprav je spremljanje brez dvoma del vrednotenja).

V Združenem kraljestvu je bila leta 2002 objavljena posodobljena Nacionalna strategija boja proti drogam, ki je sledila široko zasnovanem, na dokazih temelječem pregledu, vključno z ovrednotenjem ponudbe in povpraševanja. Nacionalna strategija boja proti drogam se "spremlja", "sledi" in "vodi z vidika izvajanja", vendar se ne "vrednoti" (nacionalna poročila Združenega kraljestva, str. 106). Na Norveškem je cilj novega Akcijskega načrta proti drogam in alkoholu razviti sistem za ugotavljanje, v kakšni meri so izpolnjeni cilji in podcilji načrta (norveško nacionalno poročilo, str. 65). V Češki republiki so v Nacionalni strategiji za politiko drog za obdobje 2001–2004 opredeljeni cilji, namere, usmeritve, kazalci uspeha in orodja za oceno učinkovitosti posameznega stebra strategije. Izpolnjevanje nalog se redno spremlja in nadzoruje, vendar strategija še ni bila sistematično ovrednotena v skladu z določenimi kazalci uspeha in opredeljenimi orodji za vrednotenje. Eden od razlogov za to so lahko znatni stroški zunanjih vrednotenj (češko nacionalno poročilo, str. 114). Nov danski akcijski načrt predvideva, da se bodo številne posebne dejavnosti stalno "vrednotile" (dansko nacionalno poročilo, str. 67). Na Madžarskem in Poljskem nacionalne strategije boja proti drogam predlagajo sistem za spremljanje izpolnjevanja nalog (nacionalna poročila Reitox), medtem ko v Sloveniji do sedaj še ni bilo opravljenega nobenega vrednotenja, čeprav nova nacionalna strategija "predvideva redno vrednotenje izvajanja" (slovensko nacionalno poročilo, str. 61). V Litvi se bo nacionalna strategija boja proti drogam (2004–2008) izvedla "v skladu s finančnimi zmožnostmi države" (litovsko nacionalno poročilo, str. 35). V Estoniji pa nova nacionalna strategija boja proti drogam "vključuje spremljanje in vrednotenje sestavnih delov ter opredeljuje kazalce učinkovitosti" (estonsko nacionalno poročilo, str. 86).

Na Finskem in Švedskem (finsko nacionalno poročilo, str. 113; švedsko nacionalno poročilo, str. 75–76) dajejo nacionalne strategije boja proti drogam večji poudarek spremljanju izvajanja strategije kot vrednotenju njenih vplivov. Na Švedskem je koordinator boja proti drogam, ki je bil imenovan leta 2002, pristojen za spremljanje izvajanja nacionalnega akcijskega načrta (v letnih poročilih). Tudi na Finskem so načrtovane raziskave, ki bodo določile nekatera merila uspešnosti, s katerimi bo uprava za boj proti drogam spremljala in ovrednotila svoje dejavnosti. Luksemburška nacionalna kontaktna točka poroča, da bo rezultat načrta za obdobje 2000–2004 ovrednoten leta 2005 zaradi razvoja

nadaljnjih in prihodnjih strategij (luksemburško nacionalno poročilo, str. 94). V Nemčiji je v Akcijski načrt o drogah in zasvojenosti za leto 2002 prvič vključen poskus vzpostavitve operativnih ciljev in meril, ki se lahko uporabijo za določitev uspeha ali neuspeha intervencij (nemško nacionalno poročilo, str. 101), medtem ko v Italiji triletni program 2002–2004 spodbuja vrednotenje na področju preventive in socialne reintegracije.

Med državami, ki predstavljajo ovrednotenje bodisi izvajanja nacionalne strategije boja proti drogam bodisi njene učinkovitosti, so Grčija, Španija, Francija, Irska in Portugalska (tabela 6). Španska in grška strategija se nanašata na "ovrednotenje učinkovitosti". V Španiji je glede 9-letne nacionalne strategije potrebno ovrednotenje njenega celotnega in sektorskega srednjeročnega izvajanja v letu 2003 in 2008. Cilj je "izboljšati uspešnost in učinkovitost javnih politik" (špansko nacionalno poročilo, str. 85) z ugotavljanjem količine in kakovosti opravljenih storitev. Podobno se v Grčiji nov Akcijski načrt o drogah 2002 nanaša na zunanje ovrednotenje celotne uspešnosti izvedenih politik, ki bi se lahko opravilo v prihodnosti in bi temeljilo na kazalcih EU in mednarodnih kazalcih (grško nacionalno poročilo, str. 110).

V Franciji, na Irskem in Portugalskem nacionalne strategije boja proti drogam zahtevajo celotno ([149]) in sektorsko vrednotenje, v nekaterih primerih tudi vrednotenje uspešnosti (irsko nacionalno poročilo). Vendar prejeti podatki kažejo, da so do sedaj opravljena vrednotenja pravzaprav bolj presoja ravni izvajanja kot uspešnosti strategije. V Franciji je v vrednotenje triletnega akcijskega načrta za obdobje 1999–2002 (ki jo je francoska opazovalnica drog in odvisnosti od drog (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies – OFDT – opravila v letih 2002 in 2003) vključena tako "celotno ovrednotenje" kot vrednotenje petih prednostnih programov ([150]). Vrednotenje se je ustavilo pri presoji vplivov sprejetih ukrepov na celotne razmere v zvezi z drogami. Zato je šlo predvsem za oceno napredka proti oceni doseženih operativnih ciljev. Na Irskem nacionalna strategija boja proti drogam zahteva "neodvisno vrednotenje glede uspešnosti celotnega okvira do konca leta 2004" (Nacionalna strategija boja proti drogam 2001–2008: Gradimo na izkušnjah, str. 111). Vendar se zdi, da vrednotenje ne bo zajemalo popolne presoje vpliva strategije na uporabo drog, ampak zgolj preučitev, v kakšni meri je bila izvedena strategija boja proti drogam in ali je izpolnila svoje strateške cilje. Na Portugalskem strategija boja proti drogam predvideva "zunanje neodvisno vrednotenje celotnega in sektorskega izvajanja strategije" (portugalsko nacionalno poročilo, str. 65). Poročajo tudi o notranjem postopku vrednotenja.

V tistih državah, ki nimajo "nacionalne strategije boja proti drogam" v ožjem pomenu besede, celotno vrednotenje v zadnjih letih ni pritegnilo veliko zanimanja, celo v državah s kulturo vrednotenja posebnih projektov na področju drog. Na primer na Nizozemskem, kjer so raziskave, spremljanje in vrednotenje tradicionalno del politike drog, je cilj nove "Vladne usmerjevalne strategije" (2002) zagotoviti javnim upravnim organom (vključno s tistimi, ki so vključeni v zdravstvo in droge) usmerjanje glede izvajanja (nizozemsko nacionalno poročilo, str. 83–84). In čeprav se je v Avstriji z drogami povezano spremljanje in nadzorovanje v zadnjih letih občutno izboljšalo, niti deželni načrti (razen predhodnih vrednotenj v Vorarlbergu) niti celotna politika drog niso bili deležni vrednotenja (avstrijsko nacionalno poročilo, str. 63). V preostalih državah (Ciper, Latvija, Malta in Slovaška ter Bolgarija, Romunija in Turčija) ni zadosti podatkov, da bi lahko poročali o vrednotenju nacionalnih strategij boja proti drogam (če te sploh obstajajo).

Tabela 6: Značilnosti nekaterih ovrednotenj nacionalnih strategij

	"Nacionalna strategija boja proti drogam"	Obseg vrdnotenja	Cilj vrednotenja	Pogoji vrednotenja
Grčija	Akcijski načrt 2002–2006	Skupaj in posamično	Uspešnost	Jih ni
Španija	Nacionalna strategija boja proti drogam, 2000–2008	Skupaj in posamično	Uspešnost in učinkovitost	2003–2008
Francija	Triletni Načrt za boj proti drogam in preprečevanje odvisnosti, 1999–2001	Skupaj in posamično	Izvajanje	2002
Irska	Nacionalna strategija boja proti drogam, 2001–2008: "Gradimo na izkušnjah"	Skupaj in posamično	Izvajanje	2004–2008
Portugalska	Nacionalna strategija boja proti drogam 1999; Akcijski načrt 2000–2004	Skupaj in posamično	Izvajanje	2004

([149]) Celotno vrednotenje: ovrednotenje celotne intervencije (tabela 5).

([150]) (1) Regionalni sporazumi o ciljih na področju zdravja in pravosodja, (2) medministrska politika o poklicnem usposabljanju, (3) regionalni programi politik za preprečevanje odvisnosti, (4) obsežni poskusi specializiranih organov za zagotovitev splošnega varstva za ljudi z izraženim odvisnim vedenjem in (5) programi zmanjševanja tveganj v pariškem 18. okrožju.

Vrednotenja: "predhodna", "vmesna" in "naknadna"

V vodniku za vrednotenje dejavnosti EU (Evropska komisija, 2003) so opredeljeni štirje glavni razlogi za izvajanje vrednotenj: (1) prispevati k obliki intervencij; (2) izboljšati kakovost intervencije; (3) pomagati pri učinkovitem razporejanju sredstev (tj. učinkovitosti); in (4) poročati o dosežkih intervencije (tj. odgovornosti). V istem vodniku so opisane tri stopnje vrednotenja: predhodna, vmesna in naknadna.

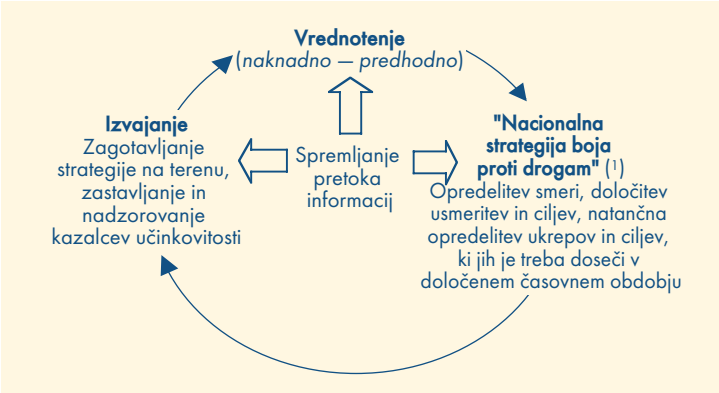
Predhodno vrednotenje se opravi pred izvajanjem, z njim pa naj bi se ocenila potreba po ukrepanju ali postavile osnovne smernice. V nacionalnih strategijah boja proti drogam je predhodno vrednotenje opredeljeno kot revizijski postopek, ki ga opravijo parlamentarne komisije, vladne komisije ali vladni oddelki, in so služile kot temelj za več nacionalnih strategij boja proti drogam (Belgija, Nemčija, Španija, Irska, Portugalska, Švedska).

O vmesnem vrednotenju poročajo v španskih, irskih in portugalskih nacionalnih strategijah boja proti drogam kot o orodju za "sprotno" prilagoditev intervencij in ciljev. Pristop "sprotnega" prilagajanja ni omejen na države, ki so vključene v pravi postopek vrednotenja. O njegovi uporabi prav tako poročajo v tistih državah, ki so vzpostavile sisteme spremljanja, v katerih je pristop uporabljen za prispevanje zanesljivih podatkov, ki pomagajo prilagoditi in preoblikovati prihodnje ukrepe. To bi pomenilo oceno vrednosti, ki je bolj značilna za dejavnosti vrednotenja. Tudi tukaj se spremljanje in vrednotenje uporabljata kot sopomenki.

Naknadno vrednotenje vključuje celotno intervencijsko obdobje, ponavadi s posebnim poudarkom na končnih rezultatih intervencije, da bi zagotovilo vložek za prihodnje intervencije. O taki dejavnosti poročajo v Franciji, v kateri je bil cilj končnega ovrednotenja francoskega akcijskega načrta revizija intervencij in ciljev za nov načrt na področju drog, za leto 2008 pa je takšna dejavnost predlagana v Španiji, na Irskem in Portugalskem.

Na področju drog je cilj postopka vrednotenja vedno izboljšati kakovost obstoječih intervencij in oblikovanje novih. Vendar se lahko domneva, da kadar neka strategija boja proti drogam nasledi drugo, se predhodno in naknadno ovrednotenje združita, kar povzroči cikličen proces, v katerem končni rezultati prejšnje strategije zagotavljajo vložek za prihodnjo strategijo (Slika 24).

Slika 24: Vrednotenje kot cikličen proces



(1) Izraz "strategija boja proti drogam" vključuje tudi vse enakovredne akcijske načrte, ki izhajajo iz strategije.

Sodelujoči pri vrednotenju

Drugo ključno vprašanje, ki ga zajemajo nacionalne strategije boja proti drogam, je, ali bi morali biti tisti, ki so zadolženi za vrednotenje, "notranji" ljudje organizacije ali "zunanji". Najdemo lahko primere obeh oblik, vsaka od njiju pa ima prednosti in pomanjkljivosti.

Notranji ocenjevalci lahko zagotavljajo širše poznavanje struktur in komunikacijskih mehanizmov, poznajo organizacijo in predmet revizije ter imajo neposreden dostop do virov podatkov. Dejstvo pa je, da bi utegnili opravičevati neizpolnjevanje ciljev in so manj pripravljeni podati pripombe ali predlagati spremembe, ki bi lahko ogrožale organizacijo. Nasprotno naj bi zunanji ocenjevalci zagotovili bolj objektivno in zanesljivo stališče, ker niso vključeni v organizacijo, vendar pa bi lahko imeli več težav pri vrednotenju informacijskih virov in tvegajo, da bi želeli zadovoljiti stranko s čim boljšimi rezultati. Poleg tega so zunanji ocenjevalci navadno dražji. Tako je treba pretehtati med boljšim poznavanjem razmer in sposobnostjo pridobivanja objektivnih informacij na eni strani ter večjo objektivnostjo in strokovnim znanjem pri ocenjevanju na drugi.

Zdi se, da ima večina držav najraje mešan pristop: na Irskem bodo vmesno vrednotenje nacionalne strategije boja proti drogam leta 2005 opravili zunanji svetovalci pod vodstvom medsektorske usmerjevalne skupine; na Portugalskem bodo ovrednotenje Akcijskega načrta 2000–2004 opravili notranji zaposleni in zunanji svetovalci; v Franciji pa so zunanji ocenjevalci in notranji zaposleni organizacije OFDT izvedli različne vidike ovrednotenja triletnega akcijskega načrta. V Španiji trenutno izvajajo vmesno vrednotenje (2004) zaposleni Nacionalnega načrta o drogah, medtem ko grški načrt

zahteva zunanje vrednotenje. Na Švedskem bo Nacionalni inštitut za javno zdravje ovrednotil javno-zdravstveno politiko z merjenjem spremenljivk različnih načinov življenja. Eden od ciljev politike (št. 11) je znižati porabo tobaka in alkohola, ustvariti družbo brez prepovedanih drog in nedovoljenih poživil ter zmanjšati škodljive učinke pretiranega igranja iger na srečo.

V vseh državah, v katerih se izvaja postopek vrednotenja, se zdi, da je nacionalna agencija za usklajevanje glavni pristojni organ za organizacijo in izvedbo postopka vrednotenja: Medministrska misija v Franciji, Nacionalni načrt o drogah v Španiji, Inštitut za droge na Portugalskem, Direktorat za droge na Irskem, Urad koordinatorja za droge na Švedskem ter Splošna celica za droge v Belgiji - kot je bilo objavljeno v belgijski "strategiji" 2001 -, ko bo začela delovati. V okviru teh agencij so centri za spremljanje drog, ki so ponavadi isti kot nacionalne kontaktne točke Reitox, pristojni za zagotavljanje informacij in podatkov, potrebnih za vrednotenje, včasih pa so prav tako tehnično odgovorni za vrednotenje.

Cilji in kazalci

Pogosto se postavi vprašanje, v kolikšni meri se lahko izmerijo učinki izvedenih ukrepov kot posledica nacionalne strategije boja proti drogam. Res se tako mednarodne kot nacionalne strategije boja proti drogam nanašajo na zelo "splošne cilje", kot sta "zmanjševanje tveganj za uživalce drog" ali "cilj vzpostavitve družbe brez drog", kakor tudi na "operativne cilje", kot sta "povečanje števila sklopov zdravljenja" ali "ustanovitev agencije za usklajevanje na področju drog". Tako pri "splošnih" kot "operativnih" ciljih se lahko določijo posebni cilji. Prvi so pomembni kot podlaga za nacionalno politiko drog, opredeljujejo smer, vendar jih je težko izmeriti; drugi nakazujejo kakovostne in količinske pobude, zaradi česar naj bi jih bilo lažje izmeriti.

Izvedenci in strokovnjaki opozarjajo, da je za znanstveno ovrednotenje strategije treba cilje opredeliti na jasen, nedvoumen in izmerljiv način, ki razlikuje med "splošnimi" in "operativnimi cilji", vendar jih hkrati povezuje. "Operativne cilje" je zares treba obravnavati kot način utrditve "splošnih ciljev". Da se izmeri doseganje ciljev, je treba zato določiti kazalce uspešnosti. Trenutno se lahko v to kategorijo vključi samo nekaj nacionalnih strategij boja proti drogam.

Uspešnost

Nekaj nacionalnih strategij boja proti drogam pogosto navaja analizo stroškov in koristi ali analizo stroškovne učinkovitosti, razen španske strategije, ki pojasnjuje, da se bo z razvojem nacionalne strategije poskušala izmeriti tudi učinkovitost javne politike. Čeprav so za proračune in stroške pristojne javne uprave, se na področju drog (kot je opredeljeno v zadnjem letnem poročilu, EMCDDA, 2003b) na splošno slabo pozna celotne stroške javnih intervencij na tem področju. Ta vrsta analize ponavadi velja za obrobno in je vključena v samo nekaj raziskovalnih dejavnosti.

Ovire razvoja

V okviru znanstvene skupnosti velja mnenje, da je zelo težko določiti, ali je politika drog uspešna ali ne. Izvedenci in strokovnjaki opozarjajo na težave, ki jih sproža vrednotenje vplivov javne politike: treba je preučiti "sloje kompleksnosti" in "številne povezave med vzroki in učinki". Vsekakor je težko ugotoviti vzročno povezavo med politiko drog in njenimi rezultati ter vplivi zaradi številnih intervencij in učinkov, ki jih je treba izmeriti, ter možnih zunanjih dejavnikov (motilnih dejavnikov), ki vplivajo na realnost (na primer družbenogospodarske razmere, subkulture). Nekatere raziskave predlagajo, da bi lahko bili pojavi drog bolj odvisni od vedenjskih in socialnih dejavnikov kot od političnih intervencij.

Poleg tega je lahko prepovedana narava uporabe drog ovira za zbiranje podatkov, ki je bistveno orodje za vsak postopek vrednotenja, saj veliko pomembnih vidikov pojava drog ostane neopredeljenih. Tako mora biti ocenjevanje intervencij na področju drog skrbno premišljeno, njegove rezultate pa je treba previdno razlagati.

Sklepne ugotovitve

Iz pregledanih podatkov se zdi, da se "nacionalne strategije boja proti drogam" na splošno ne razvijajo v smeri vrednotenja vplivov na celotne razmere v zvezi z drogami, temveč v smeri merjenja izvajanja – napredka, dosežkov, celo neuspehov – in navsezadnje nekakšne presoje strategije. To je pomembna sklepna ugotovitev. Večina držav, ki se je z vprašanjem drog ukvarjala več desetletij, je sedaj prek sistemov spremljanja sposobnih (ali pripravljenih) položiti temelj za merjenje pojava drog in učinkov njihovih prizadevanj. Tako je mogoče reči, da so politike boja proti drogam bolj odgovorne kot kdaj koli prej, kar je že samo po sebi pomemben dosežek.

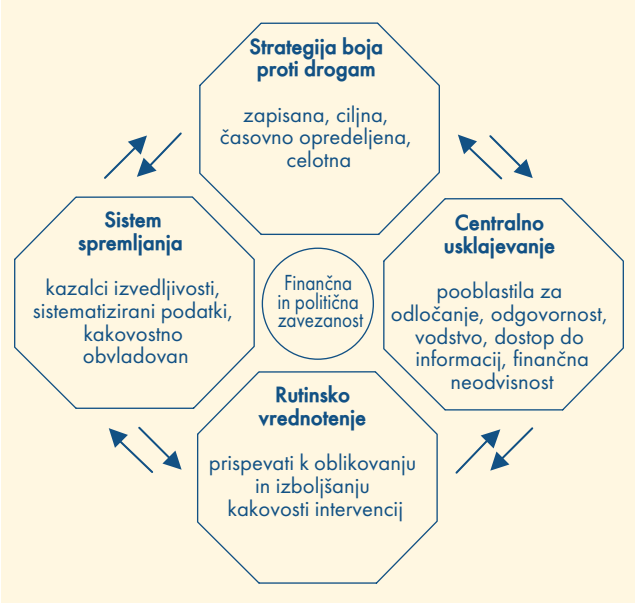
Nekaj držav je šlo še dlje in oznanilo, da bodo poleg razvoja sistemov spremljanja izvedle vrednotenje izvajanja "nacionalne strategije boja proti drogam", pri čemer imajo v mislih znanstveno raziskavo za ovrednotenje primernosti ali neprimernosti celotne strategije ali njenega

dela. Vendar do zdaj še ni nobenih znakov znanstvenega vrednotenja vplivov, povezanih s celotnimi nacionalnimi strategijami boja proti drogam.

Na splošno države, ki se odločajo za bolj strukturiran pristop k politiki drog, tj. ki imajo pisno, ciljno usmerjeno in celovito "nacionalno strategijo boja proti drogam", osrednji mehanizem usklajevanja z nacionalnim koordinatorjem na koncu ter trden sistem spremljanja, poročajo o obstoju bolj izdelanega postopka vrednotenja (Slika 25). Zdi se, da je obstoj bolj strukturiranega pristopa, ki je že sam po sebi znak finančne in politične zaveze, predpogoj za bolj razvit pristop vrednotenja k nacionalni strategiji boja proti drogam. To hipotezo bi seveda bilo treba potrditi z nadaljnjimi raziskavami.

Širjenje kulture spremljanja in vrednotenja je pripomoglo k poznavanju vprašanja drog v Evropski uniji in posledično se je določilo ozadje za bolj utemeljene odločitve. Vrednotenje je v tekočih strategijah boja proti drogam sedaj trdno priznano kot odločilni element odgovornosti, uspešnosti in finančne preudarnosti. Veliko projektov in posebnih intervencij na področju drog že vsebuje elemente vrednotenja, to pa bo, če se bo razširilo na vse glavne intervencijske politike v zvezi z drogami, postopoma prispevalo k merjenju uspešnosti evropskih nacionalnih strategij boja proti drogam.

Slika 25: Glavne značilnosti strukturiranega pristopa politike boja proti drogam



Izbrano poglavje 2

Problem konoplje v kontekstu – razumeti povečanje potreb po zdravljenju v Evropi

Uvod

Izraz "konoplja" se uporablja za opredelitev različnih proizvodov, pridobljenih iz rastline konoplje (*Cannabis sativa* L.), enoletne vrste, ki izvira iz centralne Azije in sedaj uspeva v številnih zmernih in tropskih delih sveta. Številne sorte *Cannabis sativa* kažejo prav tako širok razpon različnih bioloških in kemičnih značilnosti. Na evropskem trgu drog obstajajo tri oblike nedovoljene konoplje: "zeleni deli konoplje", in sicer posušeni cvetoči vršički, stebla in listi rastline; "konopljina smola", to je posušeni rjavi ali črni smolnati izločki cvetočih vrhov, ki se običajno prodajajo v obliki stisnjenih kock, včasih pa tudi kot prah; najmanj pogosta oblika pa je "konopljino olje", lepljiva gosta tekočina.

Zgodovina človekove uporabe konoplje sega daleč v preteklost. Uporabljale so jo različne družbe kot pomemben vir vlaken za tkanino in vrvi, kot pripomoček pri verskih obredih, zeliščno zdravilo in sredstvo za omamljanje. V sedanjem času je konoplja najbolj proizvajana, prodajana in uživana prepovedana droga na svetu (UNODC, 2003a). Kljub dolgi zgodovini uporabe in trenutni razširjenosti je naše razumevanje vpliva uživanja konoplje na javno zdravje še vedno omejeno. V zadnjem času je vse več dokazov o možni povezavi med uživanjem konoplje, zlasti intenzivnim uživanjem konoplje, in vrsto zdravstvenih in socialnih problemov. Vse večja je tudi zaskrbljenost zaradi očitnega povečanja števila uživalcev konoplje, ki iščejo pomoč pri specializiranih službah za droge. Vendar pa sta obseg in narava problemov, prisotnih pri populacijah evropskih uživalcev konoplje, še vedno nejasna. Nejasno je tudi, v kakšnem obsegu statistične informacije o povečanju potreb po zdravljenju odražajo spremembe v praksi poročanja in napotitev glede na povečano število posameznikov, ki iščejo pomoč. Da bi odgovorili na ta vprašanja, moramo postaviti potrebe po zdravljenju zaradi konoplje v širši kontekst spreminjanja vzorcev uživanja v Evropi, sprememb in razvoja sistemov poročanja in celo upoštevanja spremenljive narave same droge. Tovrstna vprašanja so obravnavana v izbranem poglavju v zvezi s konopljo v kontekstu, da bi omogočili večjo obveščenost pri razpravljanju o možnih vplivih na javno zdravje zaradi te najbolj razširjene oblike uživanja prepovedanih drog.

Zakonodajni kontekst: pravni status konoplje v Evropi

Zakonske kazni za tiste, ki uživajo konopljo, so v EU še vedno sporno vprašanje ([151]), države članice pa se precej razlikujejo pri obravnavi tega vprašanja.

Izvlečki konoplje so razvrščeni med droge na Seznamih I in IV Enotne konvencije Združenih narodov o drogah iz 1961 (United Nations Single Convention on Narcotic Drugs) ([152]). Konvencija zahteva sprejem ukrepov, s katerimi bi zagotovili kaznivost širokega obsega dejavnosti – vključno s posedovanjem drog. Vendar pa morajo države članice tolmačiti in uporabljati konvencijo ob upoštevanju okoliščin v teh državah, člen 36.1.b pa dopušča možnost za izbiro "zdravljenja, izobraževanja, spremljanja po zdravljenju, rehabilitacije in ponovne integracije v družbo".

V praksi to pomeni, da se kazniva dejanja, povezana s konopljo, v EU obravnavajo različno. Nekatere države so izdale smernice za kazenske postopke ali pravne kodekse, ki narekujejo, kako obravnavati določene vrste kaznivih dejanj, povezanih s konopljo, in pogosto priporočajo različne pravne poti za kazniva dejanja, ki veljajo za lažja oziroma težja. V nekaterih državah so v primerih uživanja in posedovanja majhnih količin drog brez oteževalnih okoliščin bolj naklonjeni izvajanju terapevtskih ukrepov namesto kazenskemu pregonu. Poleg tega lahko kazenski zakoniki obravnavajo sporno uporabo tako, da dopuščajo (neomejeno ali obvezno) prekinitev kazenskega pregona, če se kršitelj odloči za svetovanje ali zdravljenje. Čeprav te možnosti običajno veljajo za uživalce vseh drog, zakoni ali smernice v Belgiji in Združenem kraljestvu po lani opravljenih spremembah zdaj posebej navajajo problematične uživalce konoplje z namenom, da se jim pokaže kje in kako najdejo pomoč.

([151]) Glej Evropsko pravno bazo podatkov o drogah (European Legal Database on Drugs, ELDD) na spletni strani (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

([152]) Glej: http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm.

Fizični, psihološki in razvojni problemi, povezani z uživanjem konoplje ([153])

Nacionalna poročila držav članic poudarjajo, da povečanje števila potreb po zdravljenju zaradi konoplje verjetno odraža povečano raven problemov, ki so posebej povezani z intenzivnim uživanjem konoplje. Opozoriti pa je treba, da precej primanjkuje sistematičnih in primerljivih podatkov o problemih, ki jih doživljajo uživalci konoplje. Podlaga za znanstvena spoznanja na tem področju se še vedno razvija, vendar zagotavlja vse več prepričljivih dokazov o povezavi med uživanjem konoplje in vrsto problemov, čeprav narava vzročne povezave ni vedno jasna. Pregled literature o problemih, povezanih z uživanjem konoplje, je na voljo na spletu (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811).

Pomembno je razlikovati med akutnimi (kratkoročnimi) učinki konoplje in dolgoročnimi ali kroničnimi učinki te droge. Poroča se o vrsti tako pozitivnih kot negativnih akutnih učinkov. Med negativne učinke spadajo pomanjkanje pozornosti in problemi s koncentracijo, negativni učinki na motoriko (refleksi, koordinacija), problemi s kratkotrajnim spominom, napadi tesnobe in panike ter depresija. Pozitivni učinki zajemajo evforijo, sproščenost in večjo družabnost. Akutni učinki droge, ki zbujajo največjo zaskrbljenost, so kratkoročna psihoza ali resni napadi panike, večja nevarnost za nesreče zlasti pri vožnji ali v nevarnih delovnih okoljih in negativen učinek na sposobnost učenja pri mladih (Hall et al., 2001).

Razumevanje kroničnih učinkov konoplje je zapleteno zaradi številnih razlogov, med drugim, ker je težko ločiti učinke konoplje od učinkov kroničnega uživanja drugih prepovedanih drog, tobaka in alkohola. Vendar pa sta med glavnimi skrbmi na tem področju večje tveganje za pljučnega raka in druge dihalne bolezni ter povezava z razvojem dolgoročnih duševnih bolezni, vključno z depresijo, psihozo in shizofrenijo. S kroničnim uživanjem je povezan tudi možen razvoj odvisnega vedenja. V pregledu, ki je na voljo na spletu, je raziskano, v kakšnem obsegu je dokazano, da je uživanje konoplje dejavnik tveganja oziroma vzročni dejavnik, oziroma da je zgolj povezano s temi problemi zaradi nekega bolj kompleksnega odnosa.

V večini držav članic je konoplja tista prepovedana droga, na katero najpogosteje naletimo v prijavah kršitev zakonov o drogah, kar pa ni presenetljivo, če upoštevamo, da je tudi najpogosteje uživana droga ([154]). V nasprotju z drugimi drogami, kot je heroin, pa se zdi, da ni bistvene povezave med uživanjem konoplje in drugimi vrstami kaznivih dejanj.

Uživanje konoplje in opredelitev velikosti problemov

Čeprav dogovorjena mednarodna diagnostična merila zagotavljajo uporabne smernice glede opredelitev škodljive uporabe, zlorabe in odvisnega uživanja drog, se pojavijo problemi, ko se konoplja obravnava glede na razpoložljive evropske podatke ([155]). Odstopanja so zlasti velika pri ključnih vprašanjih merjenja. Tako je na primer precej nesoglasja v zvezi z opredelitvijo izrazov, kot so "intenzivno uživanje", "redno uživanje" in "problematično uživanje", zaradi česar je otežena primerjava ugotovitev različnih študij. Poleg tega se je večinoma le pri nadzoru, povezanem s študijami, poskusilo izmeriti "odvisnost" ali "zlorabo" glede na definicije ICD (Mednarodna klasifikacija bolezni pri Svetovni zdravstveni organizaciji) ali DSM (Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj pri Ameriškem psihiatričnem združenju) na ravni populacije; tudi tukaj pa trenutno ni standardiziranih orodij, ki bi omogočila prepričljivo primerjavo podatkov iz različnih študij oziroma med populacijami.

Vendar pa se je delo na tem področju že začelo. Tako naj bi trenutna francoska študija bolje opredelila problematično uživanje in razvila posebne instrumente za merjenje pogostosti uživanja, opaženih tveganj ter psiholoških in fizičnih učinkov (Beck, 2003).

Najbolj pogosto uporabljena meritev intenzivnosti uživanja do zdaj je število dni uživanja droge v določenem obdobju. Vsakodnevno ali skoraj vsakodnevno uživanje konoplje običajno velja za znak "intenzivnega uživanja". Čeprav ni nujno, da vsakodnevno uživanje pomeni odvisnost, je verjetno, da bi se velik del vsakodnevnih uživalcev uvrstil v kategorijo odvisnosti ali zlorabe v smislu standardnih diagnostičnih meril (ICD-10, DSM-IV). Ker se pogostost uživanja relativno enostavno izmeri in uskladi v vprašalnikih, je ta meritev vključena v smernice Evropskega centra za spremljanje drog in

([153]) Posebna monografija o uživanju konoplje in s tem povezanih problemih bo izšla v prvi polovici leta 2005. Posebne informacije o zdravstvenih in fizičnih učinkih uživanja konoplje so na voljo na spletni strani Centra.

([154]) Glej Kriminal, povezan z drogami_Tab 5 v Statističnem biltenu 2004.

([155]) Glede razlage "odvisnosti" in "škodljivega uživanja" glej Mednarodno klasifikacijo bolezni, 10. izdaja (ICD-10, Svetovna zdravstvena organizacija (WHO)), šifre F10 do F19: duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja psihoaktivne snovi. Pogosto se uporablja tudi *Diagnostični in statistični priročnik duševnih motenj (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* (IV. izdaja) (DSM-IV, Ameriško psihiatrično združenje), v katerem sta uporabljena pojma "odvisnost" in "zloraba".

zasvojenosti z drogami za evropski vzorčni vprašalnik. Trenutno je podatke o pogostosti uživanja konoplje na tem obrazcu sporočilo devet držav ([156]).

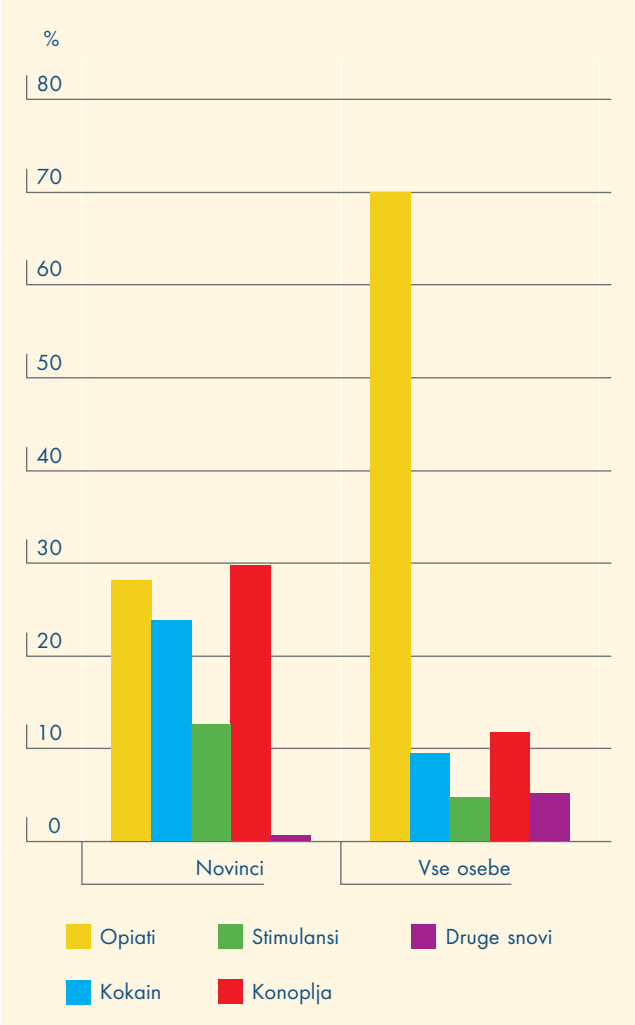
Trendi pri potrebah po zdravljenju problemov v zvezi s konopljo

Čeprav je konoplja najpogosteje uživana prepovedana droga v Evropi, se za zdravljenje odloči le majhen delež ljudi, ki to drogo uživa. Kljub temu je konoplja trenutno druga najpogosteje prijavljena primarna droga, zaradi katere se morajo ljudje specialistično zdraviti. Glede na podatke TDI (kazalec potreb po zdravljenju) (glej str. 65), ki se zbirajo od vseh vrst specializiranih služb za zdravljenje, je okoli 12 % vseh, ki se zdravijo, in 30 % tistih, ki so se šele začeli zdraviti, poročalo, da so imeli probleme zaradi uživanja konoplje kot primarne droge (Slika 26).

Delež novincev (tj. tistih, ki se v preteklosti še niso zdravili), ki se odločijo za zdravljenje zaradi uživanja konoplje, se zelo razlikuje od države do države, od tako rekoč nič v Litvi do skoraj polovice (48 %) v Nemčiji, v glavnem pa presega eno petino (20 %) (Slika 27). Vendar pa ne morejo vse države zagotoviti podatkov o novih zahtevah po zdravljenju in v okviru vseh zahtev po zdravljenjih so problemi, povezani s konopljo, manj očitni.

Po podatkih TDI iz držav, za katere so na voljo podatki o trendih, se je med letoma 1996 in 2002 število novincev, ki so se odločili za zdravljenje zaradi konoplje kot primarne droge, povečalo s 3 713 na 12 493. Leta 2002 je bilo v 11 državah, za katere so na voljo podatki, takšnih v povprečju 29 % vseh, ki so se začeli zdraviti, v primerjavi z 9 % v letu 1996 (za vire podatkov glej Sliko 20). Čeprav vse te države, z izjemo Grčije in Združenega kraljestva ([157]), poročajo o povečanju števila novincev, ki se zdravijo zaradi konoplje, je obseg povečanja različen, od 6 % na Nizozemskem do 31 % v Nemčiji. Po podatkih iz nacionalnih poročil Reitox število ljudi, ki se zdravi zaradi primarnega uživanja konoplje, narašča tudi v nekaterih novih državah članicah (Slika 28). Nedavni pregled potreb po zdravljenju zaradi uživanja konoplje, ki ga je opravil Nizozemski nacionalni informacijski sistem za alkohol in droge (LADIS), navaja, da je za 29 % novincev, ki so se začeli zdraviti leta 2002, prijavljeno, da imajo probleme zaradi konoplje, in da tisti, ki se zdravijo zaradi konoplje, predstavljajo majhno vendar naraščajoče število posameznikov. Poročilo navaja tudi, da je glede na obseg uživanja konoplje na Nizozemskem delež oseb, ki se odločijo za zdravljenje, kljub naraščanju še vedno relativno majhen.

Slika 26: Primarna droga, omenjena med novimi in vsemi osebami, ki so se zdravile v letu 2002



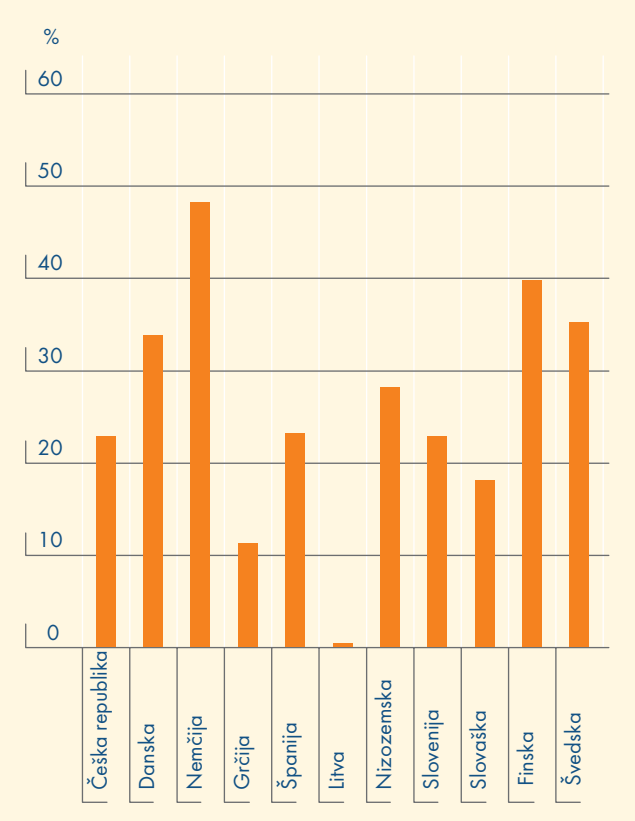
Opombe: *n* = 42 568 (novinci), 351 372 (vse osebe).
Države, ki so prispevale podatke (novinci): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
Vključene države (vse osebe): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SI, SK, FI, SE, UK.
Usklajeno glede na število oseb po državah.
Vir: Nacionalno poročilo Reitox za leto 2003.

Opozoriti je treba na obseg posplošitev, ki lahko izhajajo iz sklopa združenih evropskih podatkov. Longitudinalni podatki o novih potrebah po zdravljenju so na voljo za 11 držav. Poudariti je treba tudi, da na povečanje potreb po zdravljenju zaradi uživanja konoplje, ki jo kažejo podatki TDI, močno vplivajo podatki iz Španije in Nemčije, kjer so poročali o posebej velikih povečanjih problemov zaradi uživanja konoplje kot primarne droge; kar zadeva celotne številke pa Španija predstavlja približno 50 % vseh prijavljenih potreb po zdravljenju.

([156]) Grčija, Španija, Francija, Irska, Italija, Latvija, Nizozemska in Portugalska. Podatki za Finsko niso predstavljeni, zaradi majhnega števila uživalcev, zajetega v njihovi raziskavi, ki so drogo užili v zadnjem mesecu (35). Število primerov in odstotki za vsako državo so na voljo v Statističnem biltenu 2004 pod Zdravljenje_Tab 7.

([157]) Podatki o osebah, ki se prvič odločijo za zdravljenje, niso na voljo za Združeno kraljestvo, informacije pa so objavljene v nacionalnih poročilih.

Slika 27: Konoplja, navedena kot primarna droga med osebami, ki so bile v letu 2002 prvič na zdravljenju



Opombe: Skupno število primerov: 42 421.
Vir: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003.

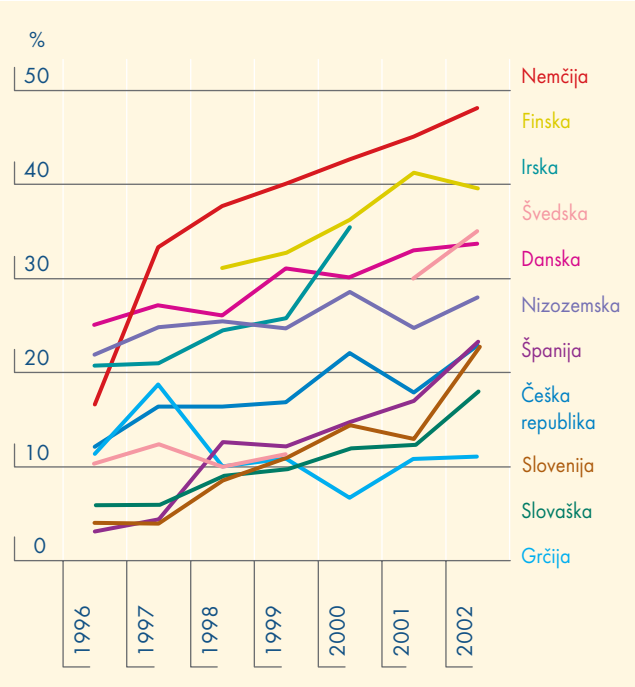
Povečanje potreb po zdravljenju zaradi uživanja konoplje pa ni omejeno le na Evropo. V ZDA, kjer se uporablja drugačen sistem prijav zdravljenja zaradi drog ([158]), so se sprejemi na zdravljenje zaradi uživanja marihuane povečali s približno 20 000 v letu 1992 na skoraj 90 000 v letu 2000 (SAMHSA, 2001; EMCDDA, 2003d).

Pri preučitvi posledic povečanja potreb po zdravljenju zaradi uživanja konoplje se pojavijo naslednja ključna vprašanja:

- Ali ta ugotovitev pomeni povečanje števila ljudi s fizičnimi in psihičnimi problemi, povezanimi z uživanjem konoplje? Če je tako,
  - Ali je to posledica povečanja rednega intenzivnega uživanja konoplje?
  - Ali to odraža druge dejavnike, kot je možno povečanje moči konoplje?
- Ali se lahko to povečanje pojasni z dejavniki, ki niso odvisni od povečane potrebe po pomoči, kot so:
  - izboljšanje pokritosti sistema poročanja o zdravljenju;
  - povečanje vrst razpoložljivih kapacitet za zdravljenje in zlasti posebnih storitev za zdravljenje, ki so namenjene mladostnikom in mladim (nacionalna poročila Reitox, 2003);
  - spremembe načina obravnave uživanja konoplje v sistemih kazenskega pravosodja, v šolah ali v okviru agencij, ki delajo z mladimi, pri čemer se je povečalo število napotitev na zdravljenje za posameznike, ki drugače sami ne bi poiskali pomoči?

Pomembno je razumeti, v kakšnem obsegu vsak od teh dejavnikov vpliva na vključitev v zdravljenje. Prvi korak je preučiti značilnosti oseb, ki se začnejo zdraviti in so opredeljene kot osebe s problemi zaradi uživanja konoplje kot primarne droge. Ta analiza temelji na osebah, ki se zdravijo izvenbolnišnično/ambulantno.

Slika 28: Trendi pri konoplji, navedeni kot primarna droga med osebami, ki so bile zdravljene v letih 1996–2002



Opombe: Skupno število zdravljenj (% vseh oseb).
Povprečje gibanj (%) znotraj držav.
Na Švedskem so podatki za obdobje od 1996–1999 iz bolnišničnih zdravljenj: število "konopljinih primerov" je zato relativno nizko v primerjavi z drugimi leti.
Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003.

([158]) V ZDA se registrirajo sprejemi v zdravljenje, ne pa posamezniki. Poleg tega, za razliko od Evrope, uvrščajo alkohol med snovi, ki se zlorabljajo. GLEJ spletno stran SAMHSA (http://www.samhsa.gov); v ZDA, Kanadi in Avstraliji se uporablja izraz "marihuana", ker izraz "hašiš" (konopljina smola) ni običajen.

Osebe, ki se zdravijo zaradi konoplje: značilnosti in vzorci uživanja

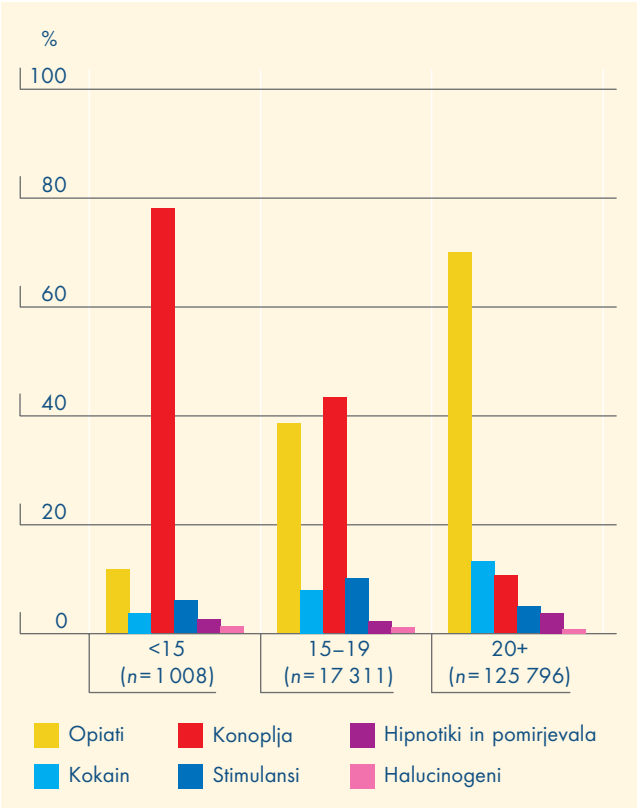
Na voljo je več standardnih možnosti za beleženje vira napotitve za uživalce drog, ki se začnejo zdraviti. Na podlagi teh ločimo uživalce drog, ki so sami poiskali pomoč, in tiste, ki so jih napotile druge agencije, kot so socialne ali kazensko sodne službe. Večino oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje, napotijo na zdravljenje družina ali prijatelji, socialne službe ali sistem kazenskega pravodsodja. V primerjavi z uživalci drugih drog je delež oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje in so si sami poiskali pomoč, manjši ([159]). Podobno je tudi v ZDA in Kanadi, kjer se pri potrebah po zdravljenju zaradi marihuane kot primarne snovi večinoma ugotavlja, da niso samoiniciativne. (EMCDDA, 2003d).

Pomembna razlika med potmi napotitve je, da so osebe, ki jih na zdravljenje napotijo družinski člani ali socialne službe (pogosto šole), običajno mlajše, da je zanje manj verjetno, da poleg konoplje uživajo druge droge, in da so bolje vključene v družbo, medtem ko so osebe, ki jih na zdravljenje napotijo pravni organi ali so razvrščene med samoiniciativne napotitve, običajno starejše in pogosto poleg konoplje uživajo še druge droge (nacionalna poročila Reitox, 2003). V Nemčiji in na Finskem, kjer je najvišji odstotek oseb, ki se zdravijo zaradi uživanja konoplje kot primarne droge, imajo pravni organi in šole pomembno vlogo pri napotitvi uživalcev konoplje na zdravljenje.

Osebe, ki so se prvič začele zdraviti zaradi konoplje, so večinoma mladi, moški (83 %), stari povprečno 22–23 let, medtem ko je pri drugih drogah delež oseb na zdravljenju, ki so moškega spola, nekoliko nižji, povprečna starost pa je višja. Pri skoraj 80 % oseb, ki se prvič zdravijo in so opredeljene kot "zelo mlade" (mlajše od 15 let), ter 40 % tistih, ki so stari med 15 in 19 let, je konoplja primarna droga, zaradi katere se odločijo za zdravljenje (Slika 29) ([160]). V teh skupinah še vedno prevladuje moški spol, vendar pa vključujejo višji delež žensk kot skupina zdravljenih oseb na splošno. Razlike v porazdeljenosti po starosti in spolu po državah na splošno odražajo iste vzorce, ugotovljene med vsemi osebami, ki se zdravijo.

Relativno nizka starost oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje, je razvidna iz velikega deleža (45 %) tistih, ki se še vedno šolajo, v primerjavi s samo 8 % oseb, ki se zdravijo zaradi problemov z drugimi drogami. Nadaljnjih 24 % oseb, ki se zdravijo zaradi problemov s konopljo,

Slika 29: Porazdelitev glede na navedeno primarno drogo med osebami, ki so se zdravile izvenbolnišnično, po starostnih skupinah: 1996–2002



Opombe: Vse osebe. Države, ki so prispevale podatke: DK, DE, ES, EL, LU, HU, SE, FI, UK.
Moški iz Danske in Združenega kraljestva predstavljajo 56 % vseh oseb, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od konoplje in so stare manj kot 20 let, moški iz Španije pa nadaljnjih 17 %.
Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003; ambulantni centri za zdravljenje odvisnosti TDI.

je redno zaposlenih, kar je enako številu tistih, ki so brezposelni ([161]), in kar je v popolnem nasprotju s tistimi, ki uživajo droge, kot je heroin. Poleg tega osebe, ki se zdravijo zaradi konoplje, pogosteje poročajo o življenju v stabilnih stanovanjskih pogojih kot tisti, ki se zdravijo zaradi problemov z drugimi drogami ([162]), kar odraža dejstvo, da so to večinoma mladi in študentje, ki živijo skupaj s starši.

Vzorci uživanja med osebami, ki se zdravijo zaradi uživanja konoplje kot primarne droge izvenbolnišnično, se precej razlikujejo in so drugačni od vzorcev uživanja, ugotovljenih pri drugih vrstah drog, zlasti opiatih (Slika 30). Med osebami, ki so se zdravile zaradi problemov z uživanjem konoplje kot primarne droge v letu 2002, jih je bilo samo 36 % vsakodnevnih uživalcev

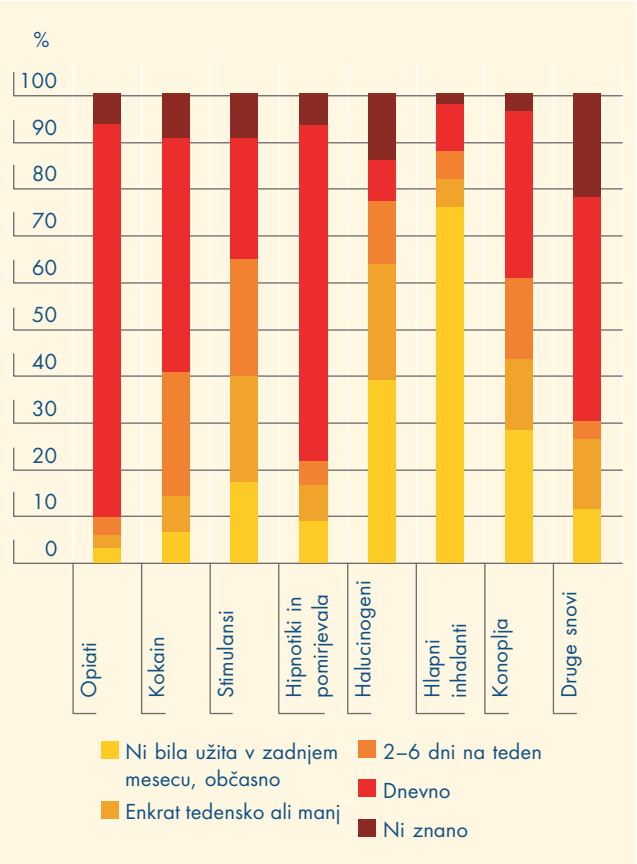
([159]) Glej Sliko 22 OL: Vir napotitve med vsemi osebami, ki se zdravijo: za vse droge in za konopljo.
([160]) Glej tudi TDI_Tab 4 v Statističnem biltenu 2004.
([161]) Glej Sliko 23 OL: Delovni status pri osebah, ki se zdravijo zaradi problemov s konopljo, in vseh zdravljenih osebah.
([162]) Glej Sliko 24 OL: Življenjski pogoji pri osebah, ki se zdravijo zaradi konoplje, in vseh osebah.

droge in le 17 % jih je uporabilo konopljo več kot enkrat na teden (2–6 krat na teden); 15 % jih je uživalo drogo enkrat na teden ali še manj pogosto, medtem ko jih je bilo 28 % občasnih uživalcev in v zadnjem mesecu konoplje niso užili. Nasprotno pa 84 % uživalcev opiatov, ki se zdravijo, drogo uživa vsak dan.

Delež izvenbolnišnično zdravljenih oseb, ki uživajo konopljo vsak dan, se razlikuje od države do države. O najvišjem deležu vsakodnevnih uživalcev konoplje poročajo na Nizozemskem (80 %) in Danskem (76 %), o najvišjem deležu občasnih uživalcev pa v Nemčiji (41 %) ([163]).

Mlajši ko so uživalci, ko prvič zaužijejo konopljo, večja je nevarnost, da se v prihodnosti razvijejo problemi zaradi drog (Kraus et al., 2003). V Evropi je 28 % vseh oseb, ki so se leta 2002 zdravile zaradi konoplje, začelo uživati drogo pred 15. letom, večina (80 %) pa pred 20. letom.

Slika 30: Porazdelitev pogostosti uporabe primarne doge med vsemi osebami, ki so se zdravile izvenbolnišnično v letu 2002



Opombe: *n* = 109 699 (vse osebe). Države, ki so prispevale podatke: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – vse vrste centrov za zdravljenje odvisnosti).
Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003; ambulantni centri za zdravljenje odvisnosti TDI.

Opiate je pred petnajstim letom začelo uživati 9 %, pred dvajsetim letom pa 42,6 % oseb, ki so se zdravile, medtem ko jih je kokain pred petnajstim letom začelo uživati 6 %, pred dvajsetim letom pa 26,5 %.

Večina držav poroča, da je pri osebah, ki se zdravijo zaradi uživanja konoplje kot primarne droge, pogosto značilno, da uživajo več drog hkrati. To lahko pomeni, da je prišlo do izkrivljanja dejstev pri poročanju, na primer, če je bilo treba osebe, ki so se zdravile in so imele probleme zaradi uživanja več drog, zaradi prikladnosti vpisati kot uživalce konoplje kot primarne droge. Vendar pa kvantitativni podatki o deležu tistih, ki uživajo več drog hkrati, med zdravljenimi osebami na splošno niso na voljo. Obstajajo razlike med osebami na zdravljenju, ki uživajo samo konopljo, in tistimi, ki uporabljajo konopljo v kombinaciji z drugimi drogami (nacionalna poročila Reitox, 2003): prve so običajno mlajše in bolje vključene v družbo (več je verjetnosti, da so zaposlene in da so dosegle višjo raven izobrazbe, in manj je verjetnosti, da ne končajo šolanja ali da niso končale šolanja) kot druge. Najpogosteje prijavljene sekundarne snovi oseb na zdravljenju, ki uživajo konopljo kot primarno drogo, so alkohol (32,9 %) in stimulansi (25 %) ([164]), čeprav se porazdeljenost razlikuje od države do države.

Nekatere osebe, ki se zdravijo zaradi konoplje, priznavajo, da si vbrizgavajo tudi druge droge, nekatere pa poročajo, da so že kdaj poskusile vbrizgavanje, čeprav trenutno razen konoplje ne uživajo nobenih drugih drog. Tako je na primer leta 2002 v Grčiji 25,4 % vseh oseb na zdravljenju, ki uživajo konopljo, poročalo, da so že kdaj poskusile vbrizgavanje druge snovi, čeprav si je 14,7 % oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje in ki so prijavile uživanje sekundarne droge, vbrizgalo droge v zadnjih 30 dneh (grško nacionalno poročilo, 2003). Podobno podatki iz Češke republike (nacionalno poročilo) kažejo, da si v nekaterih enotah za zdravljenje skoraj polovica oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje, droge tudi vbrizgava.

Trendi pri povpraševanju po zdravljenju: dejavniki, ki se spreminjajo

Povečanje povpraševanja po zdravljenju zaradi problemov, ki se pojavijo pri primarnem uživanju konoplje, je treba obravnavati v kontekstu sprememb v značilnostih in vzorcih uživanja, ki so se pojavile. Od leta 2000 do leta 2002 se je v tistih državah, ki so sporočile podatke, celotno število napotitev na zdravljenje s strani pravnih organov, družine in prijateljev ter socialnih služb izjemno povečalo, in sicer za 103 % leta 2000, 81 % leta 2001 in

([163]) Glej Sliko 25 OL: Pogostost uživanja konoplje po državah.
([164]) Glej Sliko 26 OL: Največ uporabljana sekundarna droga pri vseh osebah, ki se zdravijo zaradi uživanja konoplje po državah in TDI_Tab 9 v Statističnem biltenu 2004.

136 % leta 2002 ([165]). Med državami ni bilo ugotovljenih pomembnih razlik, razen za Nemčijo, kjer se je povečal tudi delež napotitev na zdravljenje s strani sistema kazenskega pravosodja (z 21,7 % na 26,7 %).

Zanesljivih podatkov o trendih pri sociodemografskih značilnostih oseb, ki se zdravijo zaradi konoplje, ni na voljo, čeprav nekatera nacionalna poročila (Češka republika, Francija in Luksemburg) opisujejo povečanje števila oseb z izobraževalnimi, socialnimi in psihološkimi problemi. Od leta 2001 do leta 2002 se je delež vsakodnevnih uživalcev med osebami, ki se zdravijo zaradi konoplje, povečal z 31,7 % na 39,2 % ([166]); nekatere države poročajo, da je delež vsakodnevnih uživalcev večji pri starejših varovancih (> 20 let).

Konoplja med prebivalstvom na splošno: od poskusnega do vsakodnevnega uživanja

Kot je opisano zgoraj, je uživanje konoplje večinoma še vedno občasno in kratkotrajno, čeprav se je v devetdesetih letih izjemno povečalo v skoraj vseh državah in gre za drogo, ki se jo najpogosteje uživa. Verjetno je nevarnost, da pride do problemov ali odvisnosti, največja pri tistih, ki drogo intenzivno uživajo, vendar pa so na tem področju viri informacij najšibkejši, čeprav je znano, da so uživalci, ki so drogo užili v zadnjem času (uživanje v zadnjih 30 dneh), tipično mladi moški, ki živijo v mestnih območjih.

"Uživanje v zadnjih 30 dneh" je kazalec redne uporabe in zajema tiste, ki drogo intenzivno uživajo. V zadnjih raziskavah, če ne štejemo Švedske (0,1 %), je 1–7 % vseh odraslih in 3–12 % mlajših odraslih povedalo, da so užili drogo v zadnjih 30 dneh. Med državami pa obstajajo razlike in redno uživanje je najbolj prisotno v Češki republiki, v Španiji, na Irskem in v Združenem kraljestvu. V državah, kjer je mogoče časovno analizirati trende uživanja v zadnjem času, je ugotovljeno povečanje, čeprav ni tako veliko.

Podatki, ki omogočajo podrobno preučitev pogostosti uživanja konoplje v zadnjih 30 dneh, so na voljo za devet držav – Grčija, Španija, Francija, Irska, Italija, Latvija, Nizozemska, Portugalska in Finska (niso predstavljeni). Z izjemo ene države (Latvija) je približno ena četrtina (19–33 %) tistih, ki so konopljo užili v zadnjem mesecu, to drogo uživalo vsak dan ali skoraj vsak dan ([167]) ([168]). V teh državah so vsakodnevni uživalci predstavljali 0,5–2,3 % celotnega prebivalstva ([169]) in 0,9–3,7 % mlajših odraslih (15–34 let) (Slika 31). Večina ljudi (76–92 %), ki je priznala, da je užila konopljo v prejšnjem mesecu, je bila stara od 15 do 34 let, zato so tudi vsakodnevni uživalci predvsem iz te starostne skupine. Poleg tega so vsakodnevni uživalci večinoma moški, čeprav se delež giblje od 62 % na Nizozemskem do 92 % v Grčiji.

Iz teh podatkov se lahko opravi groba ocena števila ljudi v Evropi, ki konopljo intenzivno uživajo. Če domnevamo, da približno 1 % prebivalstva uživa konopljo vsak dan, bi bilo v državi s 25 milijoni prebivalcev (v starosti 15–64 let) 250 000 vsakodnevnih uživalcev konoplje. V celotni EU s skupaj 302 milijoni ljudi v starosti 15–64 let bi bilo okoli 3 milijone takih uživalcev.

Celo med mlajšimi odraslimi se intenzivno uživanje konoplje razlikuje med starostnimi skupinami in je na splošno višje med mlajšimi skupinami. V španski raziskavi šolske mladine iz leta 2002 je 3,6 % od 14- do 18-letnih študentov navedlo vsakodnevno ali skoraj vsakodnevno uživanje (kar je na vrhu lestvice pri mlajših odraslih v starosti 15–34 let). V letni francoski raziskavi 17- do 19-letne populacije mladih (ESCAPAD) je bilo vsakodnevno uživanje konoplje v zadnjih 30 dneh še višje, saj ga je navedlo 9,2 % fantov in 3,3 % deklet (Beck in Legleye, 2003).

Zdi se, da so učinki odvisnosti od konoplje ali njene zlorabe manj resni kot pri drugih drogah. Najintenzivnejši uživalci konoplje so mladi, ki so relativno dobro vključeni v družbo in pri katerih je tveganje za druge socialne probleme (nesreče pri vožnji, nedokončana izobrazba ali razdor v družini) večje kot za druge kriminalne dejavnosti, intervencije pa bi morale biti primerne in ne bi smele povzročiti nadaljnjih problemov ali izključenosti.

Vprašanja moči konoplje in odmerkov

Domneva se, da je povečanje učinkovitosti konoplje delno krivo za povečanje problemov in s tem za večje število sprejemov na zdravljenje. Pri razlaganju problematike, povezane z močjo konoplje, odmerkom, ki ga posamezni uživalci jemljejo, in njegovim verjetnim učinkom na akutne in kronične probleme, se sprožajo številna zapletena

([165]) Glej Sliko 27 OL: Vir napotitve pri vseh osebah, ki se zdravijo, 2000-2002.

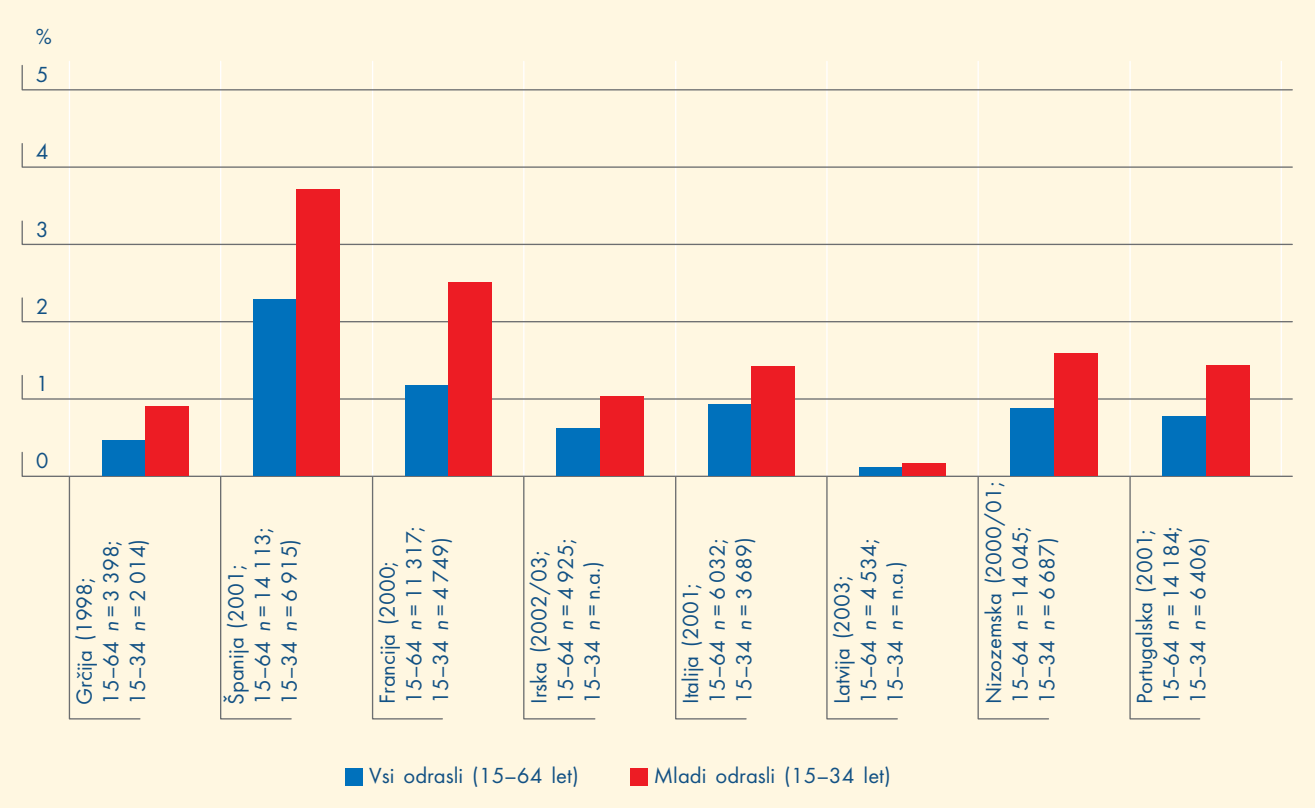
([166]) Glej Sliko 28 OL: Pogostost uživanja pri vseh osebah, ki se zdravijo zaradi uživanja konoplje in TDI_Tab 8 v Statističnem biltenu 2004.

([167]) V tem delu se informacije nanašajo na "uživanje v 20 ali več dneh v zadnjih 30 dneh", kar se imenuje tudi "vsakodnevno ali skoraj vsakodnevno uživanje". Evropski vzorčni vprašalnik predvideva zbiranje točnega števila dni uživanja, vendar je za poročanje nacionalnih številk pogostost uživanja razvrščena v štiri diskretne kategorije, od katerih je najvišja "20 dni ali več".

([168]) Glej Sliko 29 OL: Razmerje vsakodnevnih (ali skoraj vsakodnevnih) uživalcev med odraslimi (15 – 64 let), ki so v preteklem mesecu užili konopljo.

([169]) Delež "uživalcev, ki so drogo užili v zadnjem mesecu", je pomnožen z deležem "vsakodnevnih ali skoraj vsakodnevnih uživalcev", kar pomeni 6 % (uživanje v zadnjem mesecu) × 25 % (delež, ki drogo uživa "20-krat ali večkrat") = 1.5 %.

Slika 31: Delež dnevnih (ali skoraj dnevnih) uživalcev konoplje med vsemi odraslimi in mladimi odraslimi v nekaterih državah EU, merjeno z nacionalnimi raziskavami prebivalstva



Opombe: Dnevni ali skoraj dnevni uživalci = uporaba v 20 dneh ali več v mesecu pred intervjujem.
Podatki so iz najnovejših nacionalnih raziskav, ki so na voljo v posameznih državah.
Starostni razpon za vse odrasle je 15–64 let (Italija 44 let) in za mlajše odrasle 15–34 let. Razlike v starostnih razponih lahko povzročijo majhna nesorazmerja med državami.

Viri: Nacionalna poročila Reitox za leto 2003, pridobljena iz poročil o raziskavah prebivalstva ali znanstvenih člankov. Glej tudi Standardno epidemiološko tabelo v Statističnem biltenu 2004.

vprašanja. Za preučitev znanstvenih dokazov, ki so na voljo v zvezi z močjo konoplje, je Center opravil posebno študijo, katere ključni rezultati so podani na strani 90.

Moč konoplje je le en dejavnik pri izračunavanju odmerka, ki ga posameznik užije v katerem koli danem obdobju (Hall et al., 2001). Način dovajanja, tehnika kajenja, količina konoplje, ki se jo užije med vsakim jemanjem, in število kajenj, ki jih opravi posameznik, so enako ali celo bolj pomembni dejavniki pri izračunavanju ravni izpostavljenosti posameznika. Zelo močna konoplja je bila v določenem obsegu vedno na razpolago in zaskrbljenost zaradi te teme ni nič novega. Pomembno je poudariti tudi, da ni jasno ali uživalci konoplje spremenijo svoje vedenje, da bi dosegli želen učinek odmerka. Zato bodo za določitev, do katere meje zelo močna konoplja nujno izzove visoke odmerke, potrebne nadaljnje raziskave.

Odzivanje na potrebe ljudi, ki imajo s konopljo povezane probleme

Razumevanje potreb ljudi, ki iščejo pomoč zaradi problemov, povezanih s konopljo, je osnovnega pomena za razvoj učinkovitih odzivov. Analiza potreb po zdravljenju in drugi podatki kažejo, da tako uživalci konoplje, ki so napoteni na zdravljenje, kot uživalci na splošno predstavljajo raznoliko populacijo z ustrezno raznolikimi potrebami. To pomeni, da so potrebni stalni odzivi, od dejavnosti preprečevanja in zmanjševanja tveganja do dejavnosti uradnega zdravljenja. Ena od možnih skrbi je, ali je primerno napotiti mlade ljudi, ki le občasno uživajo konopljo, v specializirane centre za zdravljenje odvisnosti od drog. Odgovor na to vprašanje je odvisen predvsem od tega, kako so oblikovane storitve in v kolikšni meri se osebe, ki se zdravijo, mešajo s kroničnimi uživalci drugih snovi. Vsekakor pa je določitev

Moč konoplje (vir: EMCDDA, 2004c)

1. Države članice EU se razvrščajo v dve različni skupini glede na to, ali se v njih največ uporablja marihuana ali hašiš. Od držav, za katere so bili na voljo podatki, se je hašiš največ uporabljal v Nemčiji, na Irskem, Portugalskem in v Združenem kraljestvu, medtem ko je bila v Belgiji, v Češki republiki, v Estoniji, na Nizozemskem in v Avstriji bolj razširjena marihuana.

2. Že dlje časa ni opaziti, da bi moč v Evropo uvožene marihuane ali hašiša rasla. V vseh državah članicah EU, z izjemo Nizozemske, se večina užite konoplje uvozi, čeprav trenutno niso na voljo sistematični podatki o razpoložljivosti doma pridelane marihuane.

3. Marihuana se v zaprtih prostorih v majhnem obsegu prideluje v vseh evropskih državah. Ocenjuje se, da ta proizvod predstavlja več kot polovico porabljene konoplje na Nizozemskem, vendar je v večini držav delež uvoženih snovi mnogo pomembnejši.

4. Marihuana, pridelana v zaprtih prostorih z uporabo intenzivnih metod (npr. hidroponski sistemi z umetno osvetlitvijo, razmnoževanje s podtaknjenci in nadzor dolžine dneva), ima navadno višjo vsebnost THC kot uvožena droga. Čeprav lahko moč doma pridelane marihuane sovpada z uvoženo, je lahko povprečna moč doma pridelane marihuane dvakrat ali trikrat večja od moči uvožene marihuane.

5. Povečanje moči, o kateri se je poročalo v nekaterih državah, se lahko skorajda v celoti pripiše povečanju deleža doma pridelane porabljene marihuane.

6. Ob upoštevanju tržnih deležev različnih proizvodov iz konoplje, je učinkovita moč, ki znaša okoli 6–8 %, precej let ostala relativno stabilna v skoraj vseh državah. Edina izjema je Nizozemska, kjer je leta 2001 dosegla 16 %.

7. Na Nizozemskem ima lokalno pridelan hašiš posebej visoko vsebnost THC, vendar je ta proizvod v zadevni državi še vedno redek in drugod skorajda neznan.

8. Omejeni podatki, ki so na voljo iz ZDA ali iz Evrope ne podpirajo izjav v popularnih medijih, da se je moč marihuane v zadnjih desetletjih povečala za desetkrat ali več. Zdi se, da je do največjih povečanj v daljšem časovnem obdobju prišlo v ZDA, vendar se je treba zavedati, da je bila pred letom 1980 moč marihuane v ZDA po evropskih standardih nizka.

9. Splošna ugotovitev študije je, da je bilo opaziti majhne spremembe v vsebnosti THC, kar gre v veliki meri pripisati relativno nedavnemu pojavu doma pridelane konoplje na tržišču v EU. Poleg tega je opaziti, da je vsebnost THC v proizvodih iz konoplje izjemno različna. Obstaja potreba po jasnih informacijah, kar pomeni, da je treba razviti sisteme spremljanja, ki lahko ocenijo tržni delež različnih proizvodov iz konoplje in sledijo spremembam skozi čas.Te informacije sedaj največkrat niso na voljo.

10. Študija opredeljuje številna pomembna področja, ki jim je treba posvetiti pozornost, če naj se vprašanja moči konoplje ustrezno ovrednotijo. Ta vključujejo soglasnost v nomenklaturi proizvodov iz konoplje, izboljšano spremljanje informacij o tržišču, izboljšanje standardov laboratorijskih analiz, zbiranja podatkov ter predstavitev na evropski ravni, študije za raziskovanje razmerja med močjo, kadilskim vedenjem in stopnjami THC/metabolitov v krvi, in potrebo po raziskavi obsega, v katerem moč vpliva na izpostavljenost povečanim odmerkom konoplje ter s tem povezane možne zdravstvene težave. Upošteva se, da stroški in koristi, ki jih ima različno obravnavanje različnih proizvodov iz konoplje, zahtevajo premislek.

ustreznih poti napotitve za ljudi z različnimi vzorci uživanja konoplje pomembna tema za nadaljnjo preučitev.

Kar zadeva preprečevanje, je bilo le malo pobud posebej namenjenih odzivu na povečano uživanje konoplje med mladimi, saj je preprečevanje le redko namenjeno točno določeni snovi. Vendar pa nekatere države članice poročajo o novem razvoju dogodkov na tem področju in sprejemajo dve pomembni strategiji: (1) poudarjanje nevarnosti, da se mladi, ki uživajo konopljo, vpletejo v sistem kazenskega pravosodja; in (2) prizadevanje za spremembo družbenega zaznavanja uživanja konoplje kot normativnega vedenja z množičnimi in ciljno usmerjenimi medijskimi kampanjami.

V Nemčiji, Grčiji, na Irskem, Finskem in v Združenem kraljestvu so uvedli ukrepe za zmanjšanje psihosocialnih posledic prvih kaznivih dejanj zaradi uživanja konoplje med mladostniki. Nedavni primer (po letu 2000) je program FRED v Nemčiji, ki zdaj deluje v osmih deželah in ponuja mladim uživalcem drog zgodnjo in kratkotrajno intervencijo na prostovoljni podlagi ([170]). V Združenem kraljestvu na podobni podlagi delujejo skupine za mlade,

([170]) Nadaljnje informacije o tem in drugih programih preprečevanja so na voljo v bazi podatkov Centra EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

ki storijo kazniva dejanja. Po tem, ko je sistem kazenskega pravosodja spremenil način obravnave nekaterih vidikov konoplje, in po ponovni razvrstitvi drog (iz razreda B v razred C) je posedovanje in ne uživanje kršitev; posedovanje je sankcionirano z opozorilom. Združeno kraljestvo je prek sredstev javnega obveščanja uvedlo akcijo, da bi ponovno potrdilo negativno in nezakonito naravo konoplje.

Še ena od nedavnih pobud si je prizadevala za preprečevalne akcije v lokalih ("coffee shops"), kjer so na voljo majhne količine konoplje. Take intervencije se izvajajo v obliki tečajev in priročnikov za lastnike lokalov z namenom, da se v teh okoljih preprečijo problemi, povezani z drogo. Priročnik vsebuje informacije o konoplji, zakonodaji o drogah, psihiatričnih motnjah, prvi pomoči, podjetniškem duhu in izobraževalnih veščinah. Na Nizozemskem imajo tradicijo osebnih in neposrednih pristopov k uživanju konoplje, kot je opisano v Hash in Weed Week ([171]), ko zelo pogosti uživalci konoplje na skupinskih sestankih razpravljajo o posledicah intenzivnega uživanja in možnih spremembah vedenja.

V določeni meri je namen teh ukrepov zmanjševanje škode, pa tudi preprečevanje. Kljub znani povezanosti med kajenjem in težavami z dihali ter povečani zaskrbljenosti zaradi negativnega učinka intenzivnega uživanja konoplje na zdravje pa so intervencije, ki naj bi zmanjšale škodo, povezano z uživanjem konoplje, še vedno slabo razvite v primerjavi z intervencijami, namenjenimi uživalcem drugih drog.

Ljudje, ki imajo probleme zaradi uživanja konoplje, se lahko v glavnem odločijo za zdravljenje v centrih za zdravljenje, kjer nudijo pomoč posameznikom, zasvojenim z dovoljenimi ali prepovedanimi drogami, oziroma ljudem z drugimi vrstami zasvojenosti. Nekatere države poročajo o službah, ki so namenjene uživalcem konoplje (Danska, Nemčija, Grčija, Francija, Nizozemska, Avstrija, Švedska in Norveška), vendar se na splošno zdi, da je tovrstno specialistično zdravljenje izredno omejeno. V mnogih državah so službe za zdravljenje problematičnih uživalcev konoplje povezane s službami za zdravljenje splošnih problemov zaradi drog (Belgija, Češka republika, Danska, Nemčija, Španija, Francija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Avstrija, Portugalska, Slovenija in Norveška).

Večinoma pa se ljudje s problemi, povezanimi s konopljo, zdravijo skupaj s tistimi, ki se zdravijo zaradi problematičnega uživanja drugih prepovedanih drog, predvsem opioidov. Ker je veliko takšnih specializiranih centrov za zdravljenje z drogami povezanih problemov zasnovanih tako, da zadovoljujejo potrebe pogosto kaotične in marginalizirane populacije, je sporna njihova primernost za zdravljenje ljudi z manj akutnimi potrebami, kar velja za večino uživalcev konoplje. Službe za zdravljenje v državah članicah se zavedajo teh vprašanj in številne države so v svojih nacionalnih poročilih Reitox ugotovile, da bi bilo mešanje problematičnih uživalcev konoplje in problematičnih uživalcev heroina ali tistih, ki uživajo več drog hkrati, škodljivo, in navedle, da je to eden od razlogov, zakaj se uživalci konoplje ne bi smeli zdraviti bolnišnično. Programe, ki so posebej namenjeni uživalcem konoplje, je lažje oblikovati izvenbolnišnično. Avstrija v nacionalnem poročilu predlaga, da bi bilo bolnišnično zdravljenje, če je treba, bolje izvajati v okviru splošnega psihiatričnega oddelka za mladostnike kot na specialistični enoti za droge. Med nedavnimi inovacijami v državah članicah na področju odzivanja na potrebe uživalcev konoplje omenimo "priročnik za kognitivno zdravljenje" za kronične uživalce konoplje na Švedskem, spletno stran za samopomoč, namenjeno problematičnemu uživanju konoplje, ki je bila postavljena na Nizozemskem, ter uvedbo akupunkturnega zdravljenja na Finskem.

Zaključki

Namen tega pregleda je postaviti v širši analitični kontekst opaženo povečanje prijavljenih potreb po zdravljenju zaradi problemov s konopljo. Pri tem pa očitno ostaja nerešenih mnogo pomembnih vprašanj, ki so temeljnega pomena za obveščenost pri političnem razpravljanju o tej polemični tematiki. Jasno je tudi, da razpoložljivi dokazi ne opravičujejo pretiranega preplaha, niti niso razlog za zadovoljstvo.

V nekaterih državah je delež ljudi s problemi, povezanimi s konopljo, pri potrebah po zdravljenju v specializiranih ustanovah dokaj velik in ti ljudje tvorijo pomembno podskupino večje populacije, ki se zdravi. Večinoma so to mladi moški, stari okoli 20 let, večina pa jih je navedla, da so drogo začeli uživati v starosti 16 ali 17 let.

Osebe, ki se zdravijo zaradi konoplje, kažejo drugačne vzorce uživanja drog od tistih, ki uživajo druge snovi, poleg tega pa so prisotne tudi pomembne razlike med samimi osebami, ki se zdravijo zaradi konoplje. Značilnosti različnih podskupin uživalcev konoplje, ki se zdravijo, so verjetno neposredno pomembne za razumevanje njihovih potreb in s tem za zagotavljanje ustreznih odzivov. Pomembni vidiki so pogostost uživanja, uživanje drugih drog v sedanjosti in preteklosti ter vir napotitve. Če povzamemo nacionalna poročila in podatke TDI, lahko na splošno zaznamo dva profila oseb, ki se zdravijo:

([171]) http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

- mlajši uživalci, pogosto študenti, ki jih na službe za zdravljenje odvisnosti napoti družina ali šola in ki konopljo uživajo bodisi samo bodisi skupaj z alkoholom ali stimulansi;
- uživalci več drog hkrati, ki so običajno starejši in slabše vključeni v družbo, na zdravljenje jih pogosteje napotijo pravni organi ali zdravstvene in socialne službe, prekrivajo pa se s populacijo kroničnih uživalcev drog.

Nekaj je tudi dokazov, da obstaja še ena skupina ljudi, ki jih na zdravljenje napotijo pravni organi in ki ne uživajo drugih drog ter za katere se zdi, da so le občasni uživalci konoplje.

Pri preučitvi sprememb pri značilnostih potreb po zdravljenju zaradi uživanja konoplje kot primarne droge kažejo razpoložljivi podatki na:

- povečano število napotitev s strani sistemov kazenskega pravosodja v nekaterih državah;
- povečano število napotitev s strani družine ali drugih mrež socialne podpore (družina, prijatelj, socialne službe, šola);
- povečan delež intenzivnega (vsakodnevnega) uživanja konoplje, čeprav so vsakodnevni uživalci še vedno v manjšini;
- povečane ravni socialnih in izobraževalnih problemov v nekaterih državah, čeprav so podatki na tem področju pomanjkljivi.

Pri preučevanju povečanja potreb po zdravljenju se zdi, da na to vplivajo spremembe pri izvajanju napotitev ter da znaten delež napotenih oseb niso intenzivni uživalci drog. Vsekakor pa vsaj v nekaterih državah znatno število povpraševanj po zdravljenju prihaja od posameznikov, ki intenzivno uživajo konopljo. Problemov, ki jih doživlja ta skupina, še vedno ne razumemo dovolj in na tem področju so nujne raziskave. Ker je ugotovljeno, da se zelo mlade osebe odločijo za zdravljenje večinoma zaradi uživanja konoplje, bi bilo treba posebno pozornost posvetiti potrebam, načinom napotitve in odzivom te skupine.

Pomembno je tudi, da se zavedamo, da potreba po zdravljenju ni neposreden kazalec obsega in vrste problemov zaradi uživanja konoplje. Podatki raziskave splošnega prebivalstva kažejo, da je v primerjavi z občasnim uživanjem intenzivno uživanje konoplje relativno nepogosto. Vendar pa razširjeno uživanje konoplje pomeni, da morda precejšnje število ljudi to drogo uživa intenzivno – vsaj nekaj časa v življenju.

Ocene kažejo, da drogo intenzivno uživa od 0,5 % do 2 % populacije odraslih in od 1 % do 3 % mlajših odraslih. Razširjenost med mladimi moškimi je običajno znatno višja. Iz podatkov raziskave je težko izluščiti jasno sliko o številu uživalcev, ki imajo probleme zaradi konoplje ali postajajo od nje odvisni. Čeprav so učinki odvisnosti od konoplje ali njene zlorabe manjši kot pri drugih drogah, lahko kljub temu precej vplivajo na javno zdravje zaradi obsega uživanja in dejstva, da so večinoma najbolj prizadeti mladi, ki drogo morda uživajo v pomembnih razvojnih fazah ali takrat, ko so posebej občutljivi. Med socialno prikrajšanimi družinami ali skupnostmi lahko odvisnost od konoplje ali njena zloraba še poveča probleme posameznikov, ker poslabša možnosti za izobraževanje ali zaposlitev.

Povzeti je mogoče, da so nujno potrebne raziskave, ki bi omogočile razumevanje odnosa med različnimi vzorci uživanja konoplje in razvojem problemov. Še vedno ne poznamo dovolj obsega težav, s katerimi se soočajo uživalci konoplje, in narave problemov, na katere lahko naletimo. Potrebna so metodološka orodja za presojo problemov na ravni populacije. Takšni podatki so prvi pogoj za razvoj, ciljno usmerjanje in izvajanje učinkovitih odzivov na uživanje konoplje na področju javnega zdravja v Evropi.

Izbrano poglavje 3

Komorbidnost

Uvod

Sopojavnost duševne bolezni in motenj, povezanih z zlorabo snovi, ki jo običajno imenujemo komorbidnost ali dvojna diagnoza, ni nov pojav. Vendar se je to vprašanje postavilo v ospredje političnih in strokovnih razprav, saj je postalo jasno, da je prizadeto veliko število oseb, ki najbrž še narašča. V tem poglavju bo v ospredju obravnave sočasni obstoj psihiatričnih in osebnostnih motenj ter uživanje prepovedanih drog. Pravzaprav je mnogokrat ustrezno govoriti o multimorbidnosti, saj so pri prizadetih posameznikih običajno prisotne tudi somatske bolezni, npr. virus človeške imunske pomanjkljivosti (HIV) ali infekcija z virusom hepatitisa C, kakor tudi socialne motnje, kot so družinski problemi, brezposelnost, prestajanje zaporne kazni ali brezdomstvo. Službe za oskrbo in zdravljenje običajno niso ustrezno opremljene, da bi se ukvarjale s potrebami diagnostike in zdravljenja te skupine oseb, ter ne upoštevajo in/ali se niso zmožne ukvarjati s celotnim skupkom problemov osebe, ki se zdravi. Pogosto je posledica stanje "vrtljivih vrat" s posamezniki, ki zares potrebujejo zdravljenje, vendar so napoteni od ene službe v drugo, medtem ko se njihovo stanje slabša.

Opozoriti je treba, da je poseben odnos med uživanjem konoplje in psihiatričnimi motnjami poglobljeno obravnavan v izbranem poglavju o konoplji (str. 82).

Opredelitev

Komorbidnost ali dvojno diagnozo je Svetovna zdravstvena organizacija opredelila kot "sopojavnost motnje zaradi uživanja psihoaktivne snovi in druge psihiatrične motnje pri istem posamezniku" (WHO, 1995). Glede na opredelitev Urada za droge in kriminal pri Združenih narodih je oseba z dvojno diagnozo "oseba, ki ji je bila poleg drugih diagnoz, običajno psihiatričnih, npr. razpoloženjskih motenj, shizofrenije, postavljena še diagnoza zlorabe alkohola in drog" (UNODCCP, 2000). Z drugimi besedami, komorbidnost se v tem smislu nanaša na začasno sopojavnost dveh ali več psihiatričnih ali osebnostnih motenj, od katerih gre pri eni za problematično uživanje snovi.

Etiologija

Če želimo opredeliti etiologijo rezultatov komorbidnosti, končamo pri razpravi o kokoši in jajcu: kaj je bilo prej? Sedanje raziskave o vzročnih povezavah med psihiatričnimi motnjami in motnjami, povezanimi z zlorabo snovi, niso dokončne. Simptomi duševne motnje in problemov odvisnosti medsebojno delujejo in vplivajo drug na drugega.

Raziskovalni dokazi pokažejo, da se psihiatrične in osebnostne motnje navadno pojavijo pred nastopom motenj, povezanih z zlorabo snovi, kar pomeni, da povečajo dovzetnost posameznika za take probleme (npr. Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003); vendar se psihiatrične motnje lahko poslabšajo tudi zaradi uživanja drog (npr. pri depresiji: McIntosh in Ritson, 2001), ali se pojavijo vzporedno s tem.

Uživanje drog se lahko razume tudi kot sestavni del oziroma simptom psihiatrične ali osebnostne motnje in kot poskus samozdravljenja (npr. Williams et al., 1990; Murray et al., 2003). Razvoj odvisnosti spodbuja dejstvo, da uživanje prepovedane snovi olajša težavnostne simptome. Po prenehanju uživanja drog, npr. z odtegnitvijo ali nadomestnim zdravljenjem, se simptomi lahko znova pojavijo. Akutna psihoza zaradi uživanja drog se pojavi zlasti pri uživalcih kokaina, amfetaminov in halucinogenov ter se po navadi sorazmerno hitro poleže. Vendar je zelo težko razlikovati med simptomi zaradi zastrupitve s snovmi in nepovezanimi psihotičnimi epizodami.

Krausz (1996) predlaga štiri kategorije dvojne diagnoze:

- primarna diagnoza duševne bolezni z nadaljnjo (dvojno) diagnozo zlorabe snovi, ki škodljivo vpliva na duševno zdravje;
- primarna diagnoza odvisnosti od drog s psihiatričnimi zapleti, ki vodijo do duševne bolezni;
- hkratna diagnoza zlorabe snovi in psihiatričnih motenj;

- dvojna diagnoza zlorabe snovi in razpoloženjske motnje, oboje zaradi osnovne travmatske izkušnje, kot je na primer motnja zaradi posttravmatskega stresa.

Podobno švedsko nacionalno poročilo razlikuje med psihiatričnimi bolniki s komorbidnostjo in osebami, odvisnimi od drog, z osebnostnimi motnjami, ki jih uživanje drog še poslabša in niso ustrezno diagnosticirani.

Morel (1999) razlikuje nespecifične psihiatrične motnje med odvisniki od drog in zaplete, ki so izrecno povezani z uživanjem drog. Motnje, ki so pogoste med uživalci drog, vključujejo:

- anksiozno-depresivne motnje;
- motnje spanja zaradi depresije, anksiozno motnjo ali psihozo;
- agresivno in nasilno vedenje, ki kaže na antisocialne, psihopatske, shizofrene ali paranoidne motnje osebnosti.

Problemi, ki so izrecno povezani z uživanjem drog, vključujejo:

- toksične psihoze zaradi uživanja halucinogenih drog ali amfetaminov;
- sindrome zmedenosti.

Nedavne nevropsihološke in nevrobiološke študije ter prihod tehnik, ki omogočajo vizualizacijo možganskih procesov, so omogočili postavljanje hipotez o medsebojnem vplivanju med psihološkimi in fizičnimi travmami, razvojem možganov, učinki drog, stresom in duševnim razvojem. Pri odvisnosti je bistven sistem ugodja, odvisnost pa je povezana s spremembami zgradbe in prilagajanja možganov na mikro in makro ravni (Nestler, 2001).

Druge teorije povezujejo posamezne droge z določenimi duševnimi motnjami, npr. domnevalo se je, da heroin lahko zmanjša stres, olajša bolečino in prepreči grozeče glasove pri bolnikih s shizofrenijo ali mejno shizofrenijo tipa "borderline"; vendar bolniki s hudo duševno boleznijo ne uživajo heroina. Za kokain pravijo, da lahko olajša depresivna stanja, dopušča vedenjske motnje in dovoljuje narcističnim osebnostim, da izživijo svoj občutek veličastnosti. Konoplja lahko zmanjša napetost, ekstazi pa lahko olajša socialne inhibicije (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

V irskem nacionalnem poročilu za leto 2002 so na podlagi rezultatov različnih študij posebej preučili depresijo med uživalci drog in ugotovili močno povezavo med problematičnim uživanjem drog, zlasti uživanjem opiatov in benzodiazepinov, ter visokimi stopnjami depresije. Nemška raziskava o povezavi med motnjami zaradi uporabe snovi, depresijo in samomorilnostjo je pokazala, da se samomorilna ogroženost zelo poveča pri osebah z depresivnimi motnjami (Bronisch in Wittchen, 1998). Možno je, da se nekateri posamezniki z depresijo samozdravijo z opiati in benzodiazepini: med osebami, ki so v programu zdravljenja, je manj primerov depresije kakor pri osebah, ki so pod okriljem nizkopražnih programov za pomoč uživalcem drog (Rooney et al., 1999) ali na začetku zdravljenja (McIntosh in Ritson, 2001).

Raziskava na Norveškem (n = 2 359) je pokazala, da je velik delež uživalcev drog v otroštvu in mladosti doživel resne družinske probleme. Sedemdeset odstotkov jih je imelo v šoli učne težave in vedenjske probleme, 38 % jih je bilo žrtev nadlegovanja in 21 % se jih je duševno zdravilo v otroštvu in adolescenci (Lauritzen et al., 1997). Uživalke drog s psihiatrično komorbidnostjo so bile pogosto žrtve travmatične spolne zlorabe (npr. Beutel, 1999).

Diagnoza

Rutinska ocena psihiatričnih in osebnostnih motenj ni vedno del standardnega diagnostičnega postopka na začetku zdravljenja v službah, ki se ukvarjajo z odvisnostjo od drog. Razen v nekaterih službah, ki se tega še posebej zavedajo, in/ali v specialističnih službah, se duševni simptomi in motnje redko obravnavajo v službah za zdravljenje odvisnosti od drog.

Znano dejstvo je, da je komorbidnost zelo težko ugotoviti. Odvisnost od drog in razdiralno vedenje pogosto prevladujeta v klinični sliki in prikrivata psihiatrične simptome. Poleg tega lahko zloraba snovi povzroči psihiatrične simptome, ki se jih komaj loči od tistih pri psihiatričnih motnjah (Berthel, 2003), medtem ko odtegnitev snovi ali akutna zastrupitev lahko posnemata skoraj vsako tako motnjo (Liappas, 2001). Nadalje se depresija in anksioznost lahko obravnavata kot inherentna simptoma cikla zastrupitve-odtegnitve; simptomi, ki jih je uživanje drog ublažilo, postanejo vidni med abstinenco ali nadomestnim zdravljenjem.

Metodološki napredek je izboljšal tudi ugotavljanje diagnoze pri psihiatričnih motnjah in motnjah, povezanih z zlorabo snovi. Sedaj je na voljo široka izbira standardiziranih in potrjenih instrumentov za merjenje psihiatričnih simptomov in osebnostnih motenj, kot so različni instrumenti, ki pri uživanju drog ocenijo stopnjo vzorcev in odvisnosti. Indeks stopnje odvisnosti (ASI) je večnamenski instrument, ki ga lahko uporabljamo pri postavljanju diagnoz, načrtovanju zdravljenja in nadaljnjem spremljanju ter pri raziskavah. Prednost ASI je v tem, da je večdimezionalen, saj meri pretekle in sedanje

probleme na sedmih področjih: zdravstvenem statusu, zaposlitvi in samostojnem preživljanju, uživanju alkohola, uživanju drog, pravnem statusu, družinskih in družbenih odnosih ter psihiatričnih simptomih (Krausz, 1999a; Öjehagen in Schaar, 2003). Je standardiziran, iz angleščine pa je bil preveden v večino evropskih jezikov (EuroASI) ([172]). Inštitut Trimbos je razvil in preizkusil protokole za postavljanje diagnoz in zdravljenje odvisnikov z motnjo pomanjkanja pozornosti in hiperaktivnosti (ADHD) (Eland in Van de Glint, 2001).

Razširjenost

Opravljene so bile številne študije, da bi izmerili razširjenost psihiatričnih in osebnostnih motenj kakor tudi vzorce pri uživanju drog pri splošni populaciji ter med psihiatričnimi bolniki in uživalci drog v službah za zdravljenje in izven njih. Rezultati, tako glede številk kot glede diagnoz, se zelo razlikujejo, odvisno od razpoložljivosti populacije in izbire, metod vzorčenja, diagnostičnih spretnosti in sposobnosti, veljavnosti in zanesljivosti uporabljenih diagnostičnih instrumentov ter obdobja preučevanja.

V pregledu različnih študij sta Uchtenhagen in Zeiglgänsberger (2000) ugotovila, da je najbolj običajna psihiatrična diagnoza med uživalci drog osebnostna motnja, ki prizadene od 50 % do 90 % uživalcev. Temu sledijo čustvena motnja (20 % – 60 %) in psihotične motnje (20 %). Med 10 % in 50 % bolnikov izkazuje več kot eno psihiatrično ali osebnostno komorbidnostno motnjo.

V pregledu mednarodnih študij o psihopatologiji in odvisnikov od drog je Fridell (1991, 1996) opisal klinično sliko komorbidnosti pri odvisnosti od drog, ki so jo potrdile njegove študije v Lundu na Švedskem. Motnje je mogoče uvrstiti v tri skupine: osebnostne motnje (65 % – 85 %), depresija in anksiozna stanja (30 % – 50 %) ter psihoze (15 %). Verheul (2001) je v svojem pregledu šestih študij o zdravljenih odvisnikih ugotovil, da posebej prevladujejo antisocialne (23 %), mejne (18 %) in paranoidne (10 %) motnje osebnosti.

Mnogi strokovnjaki za droge so prepričani, da se povečuje razširjenost odvisnosti od drog v povezavi z duševnimi motnjami, čeprav nekateri trdijo, da je vzrok temu večje poznavanje tega vprašanja in/ali spremembe v diagnosticiranju in klasifikaciji psihiatričnih bolezni ter/ali preoblikovanje zdravstvenih sistemov. Na Finskem se je po podatkih registra odpustov iz bolnišnice število obdobij zdravljenja, hkrati povezanega z drogami in drugimi duševnimi zdravstvenimi težavami, povečalo s 441 v letu 1987 na 2 130 do leta 2001. Obdobja zdravljenja pri uživanju opiatov ob hkratnih psihiatričnih motnjah so se od leta 1996 potrojila. To je v skladu s povečanjem uživanja drog, čeprav se ne navaja neposredna vzročna povezava. Na Irskem se je stopnja prvega sprejema uživalcev drog na psihiatrične bolnišnične oddelke med letoma 1990 in 2001 skoraj štirikratno povečala.

Špansko nacionalno poročilo poudarja, da je zaznano povečanje komorbidnosti deloma posledica povečanja odvisnosti od psihostimulansov.

Razširjenost komorbidnosti v enotah za zdravljenje

Tabela 7 prikazuje podatke nekaterih študij komorbidnosti v različnih enotah za zdravljenje odvisnosti od drog in psihiatričnih enotah v državah članicah, kakor so bili predstavljeni v nacionalnih poročilih. Podatki o motnjah, povezanih z zlorabo snovi v psihiatričnih enotah niso tako dosegljivi kot podatki o psihiatričnih motnjah v enotah za zdravljenje odvisnosti od drog. Čeprav študije, predstavljene v tem pregledu, niso primerljive, vendarle pokažejo stanje v državah EU. Obstaja občutna razlika v preučevanih populacijah, izbranih diagnostičnih kriterijih, uporabljenih instrumentih in času postavljene diagnoze. Zaradi zgornjih razlogov je v mnogih primerih možna poddiagnoza.

Primerjalna študija v Grčiji in Franciji je pokazala, da se psihopatološki vzorci razlikujejo, četudi so bile splošne stopnje psihopatologije pri uživalcih opiatov na zdravljenju v obeh državah precej podobne: razširjenost čustvenih motenj je bila pri francoskih uživalcih drog višja kot pri grških (19 % proti 7 %), medtem ko so antisocialni osebnostni vzorci bolj prevladovali v grškem vzorcu (20 % proti 7 %). Avtorji so te razlike pripisali manjši razširjenosti uživanja drog v Grčiji: "čim bolj je omejeno družbeno nesprejemljivo vedenje, tem več je možnosti, da bodo družbeno deviantni posamezniki v njem udeleženi" (Kokkevi in Facy, 1995).

Norveška študija je preučila razlike med spoloma pri osebah, ki zlorabljajo več vrst snovi (od katerih je bilo 85 % uživalcev heroina), in čistih alkoholikih. Vzorec je vključil velik delež oseb s psihiatričnimi in osebnostnimi motnjami (93 %). Na splošno so bile pri ženskah ugotovljene občutno višje stopnje hujše depresije, navadne fobije in mejnih osebnostnih motenj. Sopojavnost antisocialne osebnostne motnje je višja pri moških, ki zlorabljajo več vrst snovi (Landheim et al., 2003).

([172]) Glej Evaluation Instrument Bank pri EMCDDA (http://eib.emcdda.eu.int).

Tabela 7: Razširjenost komorbidnosti v okoljih za zdravljenje odvisnosti od drog v različnih državah EU

Država	Okolje	Populacija	*n*	Razširjenost komorbidnosti (%)	Diagnoze	Vir
Belgija	Psihiatrične bolnišnice in psihiatrični oddelki v splošnih bolnišnicah	Sprejemi zaradi problemov z drogo (1996–1999)	18 920	86	Shizoidne, paranoidne, shizotipske motnje: 86 % Depresija: 50 % Motnje osebnosti: 43 %	Osnovni psihiatrični podatki (1)
Češka	Terapevtske skupnosti	Osebe, zdravljene v stanovanjskih skupnostih(2001–02)	200	35	Motnje osebnosti 14 % Depresija: 7 % Nevrotične motnje: 6 % Motnje prehranjevanja: 5 %	Češko nacionalno poročilo (1)
Nemčija	Centri za zdravljenje odvisnosti od drog	Odvisniki od opiatov	272	55	Stres in somatoformne motnje: 43 % Afektivne motnje: 32 % Fobije: 32 % Depresivne epizode: 16 %	Krausz (1999) (1)
Grčija	Zavodi za prestajanje zaporne kazni in službe za zdravljenje odvisnosti od drog	Odvisniki od opioidov	176	86	Tesnobnost: 32 % Afektivne motnje: 25 % Shizofrenija: 6 %	Kokkevi in Stefanis (1995) (1)
Španija	Metadonske ambulante	Odvisniki od opiatov	150	Ni na voljo	Borderline: 7 % Antisocialna motnja: 6 % Socialna fobija: 6 % Depresija: 5 %	Špansko nacionalno poročilo (1)
Francija	Metadonske ambulante	Odvisniki od opiatov	3 936	Ni na voljo	Tesnobnost: 4 % Depresija: 3 % Vedenjske motnje: 3 % Motnje prehranjevanja: 2 %	Facy (1999) (1)
Irska	Psihiatrično zdravljenje s hospitalizacijo	Prvi sprejemi z diagnozo odvisnost od droge (1996–2001)	1 874	26	Depresija: 21 % Shizofrenija in druge psihoze: 11 % Motnja osebnosti: 19 %	Nacionalni sistem poročanja o psihiatričnem zdravljenju s hospitalizacijo (1)
Italija	Službe za mentalno zdravje	Vseživljenjski uporabniki drog	58	> 22	Razpoloženjske motnje: 22 % Tesnobnost: 21 % Shizofrenija: 16 %	Siliquini et al. (2002) (1)
Luksemburg	Specializirane službe za zdravljenje odvisnosti od drog	Bolniki, ki so se že zdravili v psihiatričnih službah, razen v službah za detoksifikacijo (1996–2002)	380	32	Ni na voljo	AST/RELIS (2002) (1)
Nizozemska	Nizozemsko prebivalstvo	Odvisniki od drog, stari med 18 in 64 let (1996)	Ni na voljo	Ni na voljo	Depresija: 29 % Socialna fobija: 29 % Bipolarna motnja: 24 % Distimija: 22 %	Ravelli et al. (1998) (1)
Avstrija	Različne službe za zdravljenje odvisnosti od drog (pregled)	Odvisniki od drog	Ni na voljo	41–96	Motnje osebnosti, antisocialne motnje, borderline, narcisizem	Avstrijsko nacionalno poročilo (1)
Portugalska	Center za zdravljenje Xabregas CAT	Odvisniki od drog	596	> 73	Obsesivno kompulzivna motnja: 73 % Depresija: 72 % Somatizacija: 60 % Paranoidne blodnje: 58 %	Portugalsko nacionalno poročilo (1)
Finska	Bolnišnice	Čas hospitalizacije zaradi drog	2 180	29	Paranoidne blodnje: 58% Psihotične motnje: 32% Razpoloženjske motnje: 28% Nevrotične motnje: 10% Motnje osebnosti: 29%	Register odpustov pacientov iz bolnišnic
Švedska	Univerzitetna bolnišnica v Lundu	Bolniki oddelka za detoksikacijo (1977–1995)	1 052	83	Antisocialna motnja: 23 % Vse oblike psihoze: 14 % Depresivna motnja: 11 %	Fridell (1996) (1)
Združeno kraljestvo	Službe za zdravljenje odvisnosti od drog v skupnosti in v stanovanjskih skupinah	Bolniki, odvisni od drog, 90 % odvisnikov od opiatov	1 075	> 33	Psihoticizem Tesnobnost Depresija Paranoja	Marsden et al. (2000) (1)

Opomba: Podatki v tej tabeli se nanašajo na različne časovne okvire (npr. diagnoza postavljena v nekem življenjskem obdobju ali lansko leto)
(1) Več podrobnosti o tej študiji je najti v spletni različici tega Letnega poročila v Tabeli 12 OL: Tabele komorbidnosti po državah.

Razširjenost – zapori in obvezno zdravljenje

Populacija zapornikov zahteva posebno pozornost. Tako kot razširjenost uživanja drog, je tudi razširjenost psihiatričnih motenj v populaciji zapornikov mnogo višja kot pri splošni populaciji. Irski podatki kažejo, da je 48 % zapornikov in 75 % zapornic duševno motenih, medtem ko je 72 % zaprtih moških in 83 % žensk v življenju že poskusilo droge (Hannon et al., 2000). Leta 1999 je 23 % problematičnih uživalcev drog, priprtih na dunajski policijski postaji, imelo psihiatrične težave (Dialog, 2000). Stopnja ponovitve težav med uživalci drog, ki so bili v zaporu, je visoka in vse bolj postaja priznano dejstvo, da prestajanje zaporne kazni lahko pripomore k poslabšanju duševnih zdravstvenih težav. Stanje je še bolj pereče v zaporih za prestajanje dolgotrajnih kazni in v strogo varovanih zaporih.

Na Švedskem je bilo ugotovljeno, da ima med 72 % in 84 % odraslih na obveznem zdravljenju zaradi odvisnosti od drog poleg problema zlorabljanja snovi tudi psihiatrične težave (Gerdner, 2004). Od 46 deklet, odvisnih od prepovedanih snovi, ki so bila na obveznem zdravljenju za otroke in mladino, jih je imelo dve tretjini psihiatrično diagnozo osebnostnih motenj (Jansson in Fridell, 2003).

Ovire pri zdravljenju komorbidnosti

Ena od glavnih ovir pri postavljanju diagnoze in zdravljenju komorbidnosti je dejstvo, da psihiatrično osebje na splošno slabo pozna zdravljenje odvisnosti od drog, osebje, ki zdravi odvisnost od drog pa na splošno ve malo o psihiatriji. Paradigmi teh dveh specialističnih področij sta precej različni: eno temelji na disciplinah medicine in znanosti, drugo na psihosocialnih metodah in teorijah. Poleg tega je filozofija služb za duševno zdravje predvsem usmerjena k ohranjanju varnosti posameznikov in javnosti, medtem ko službe za zdravljenje odvisnosti od zdravljenih posameznikov pričakujejo določeno stopnjo motiviranosti za sodelovanje v zdravljenju. Ta razhajanja pogosto preprečujejo splošno in integrirano dojemanje problema.

V skladu z zgoraj navedenim se redno dogaja, da tako skupine psihiatrov kot tudi službe za zdravljenje odvisnosti ne odkrijejo mnogo bolnikov s komorbidnostjo. Kadar se bolniki z dvojno diagnozo želijo zdraviti, se dogaja, da njihove akutne psihiatrične sindrome pomotoma zamenjajo za simptome zaradi zlorabe snovi, ali obratno, da pojave odtegnitve ali zastrupitve zmotno opredelijo kot duševno bolezen. Prepogosto delavci v službah za duševno zdravje raje pošljejo osebe s komorbidnostjo v centre za zdravljenje odvisnosti, delavci v centrih za zdravljenje odvisnosti pa jih nemudoma pošljejo nazaj – in obratno. Kontinuirano zdravljenje v takih okoliščinah ni mogoče. Tudi takrat, ko je ugotovljena diagnoza komorbidnosti, se pri nadaljnjem zdravljenju z njo pogosto ne ukvarjajo več (Krausz et al., 1999). Enako velja za bolnike z diagnozo problema zlorabe snovi v psihiatrični oskrbi, ki jih običajno ne zdravijo zaradi zlorabe snovi (Weaver et al., 2003). Te posplošitve seveda ne izključujejo dejstva, da nekatere psihiatrične službe in službe, ki se ukvarjajo z zdravljenjem odvisnosti od drog, dosegajo zelo dobre rezultate pri bolnikih s komorbidnostjo.

Poleg tega se dogaja, da se prepoznani uživalci drog v psihiatričnih službah pogosto srečujejo z nezaupljivostjo in zavrnitvijo sprejema, kar se lahko zgodi tudi uživalcem, ki so stabilni zaradi nadomestnega zdravljenja. Podobno se lahko posameznike izključi iz programa zdravljenja odvisnosti od drog zaradi njihovih duševnih težav. V Španiji, na primer, mnoge psihiatrične službe izključijo osebe z motnjami, povezanimi z zlorabo snovi, njihovo osebje pa ni ustrezno usposobljeno. Raziskava med avstrijskimi psihoterapevti je pokazala, da so samo nekateri pripravljeni sprejeti osebe, ki so odvisne od drog (Springer, 2003). Iz Italije poročajo, da nimajo jasnih pravil glede napotitve posameznikov iz služb za zdravljenje odvisnosti od drog v službe za duševno zdravje ter da se službe za duševno zdravje temu upirajo zaradi pomanjkanja strokovnega znanja. Na Norveškem poročajo, da je napotitev iz nizkopražnih programov za pomoč uživalcem drog na psihiatrično zdravljenje težavna.

V Grčiji 54 % programov za zdravljenje odvisnosti od drog ne sprejme uživalcev drog s psihiatričnimi motnjami. Na oddelkih za zdravljenje odvisnosti od drog v Sloveniji, kakor tudi v drugih državah, zahtevajo kot pogoj za vstop v program zdravljenja odvisnosti od drog, da so te osebe droge prenehale uživati. V primeru bolnikov z dvojno diagnozo je to resna ovira, saj bi za dosego popolne abstinence morali prekiniti drugo zdravljenje, kar pa ni vedno mogoče.

Sheme zdravljenja

Mednarodna literatura opisuje tri modele storitev za zdravljenje komorbidnosti.

1. *Zaporedno ali nadaljevalno zdravljenje.* Psihiatrične motnje in motnje, povezane z zlorabo snovi, se zdravijo v sosledju. Službe imajo med seboj malo stikov. Bolnike običajno najprej zdravijo zaradi najhujših težav in šele po zaključku tega zdravljenja jih zdravijo zaradi drugih težav. Ta model lahko povzroči, da bolnike pošiljajo od službe do službe, nobena služba pa ni sposobna zadovoljiti njihovih potreb.

2. *Vzporedno zdravljenje.* Zdravljenje dveh različnih motenj poteka hkrati ter z medsebojnim usklajevanjem storitev služb za zdravljenje odvisnosti od drog in služb za duševno zdravje. Potrebi po zdravljenju sta pogosto obravnavani na podlagi različnih terapevtskih pristopov in lahko se zgodi, da je zdravstveni model psihiatrije v nasprotju s psihosocialno usmeritvijo služb za zdravljenje odvisnosti od drog.
3. *Integrirano zdravljenje.* Zdravljenje poteka znotraj psihiatrične službe ali službe za zdravljenje odvisnosti od drog. Izogiba se navzkrižnim napotitvam na druge agencije. Zdravljenje vključuje motivacijsko in vedenjsko posredovanje, preprečevanje ponovitve težav, farmakoterapijo in socialne pristope (Abdulrahim, 2001).

Sedanjega stanja v zvezi z zdravljenjem komorbidnosti v EU, kakor je opisano v nacionalnih poročilih, ni preprosto razvrstiti v te tri skupine. Integrirano zdravljenje velja za popoln model, vendar predstavlja standard, ki ga je težko doseči. Ustrezne raziskave običajno opravijo izven Evrope. V Avstralskem nacionalnem projektu o komorbidnosti (Urad Commonwealtha za zdravje in staranje – Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) so na podlagi pregleda literature ugotovili, da pristopi k obravnavanju in oskrbi oseb s komorbidnostjo niso bili sistematično preučeni ali strogo ovrednoteni, deloma zaradi težavne naloge preučevanja oseb s sočasno duševno boleznijo in motnjo, povezano z zlorabo snovi, med drugim tudi zaradi njihovega neurejenega načina življenja. Izsledek drugega pregleda je bil, da obstajajo dokazi, da je integrirano zdravljenje za osebe z dvojno diagnozo koristno tako za duševno zdravje kot za rezultate v zvezi z zlorabo snovi (Drake et al., 1998). Le ena študija je primerjala integrirani pristop z vzporednim, vendar ni ugotovila bistvenih razlik; nobena študija pa ni primerjala integriranega pristopa z zaporednim.

Zaporedno zdravljenje

Nekateri strokovnjaki, kot na primer na Danskem (Andreason, 2002), v Združenem kraljestvu (Department of Health, 2002a) in na Norveškem (Sosial- og helsedepartementet 1999), so prepričani, da bi, vsaj za resno duševno bolne s problemom zlorabe snovi, morale biti službe za zdravljenje na psihiatriji in po možnosti vključevati zunanje terapevte za zdravljenje odvisnosti od drog. Na Danskem so vzpostavili uradne povezave med psihiatričnimi bolnišnicami in lokalnimi službami, ki se ukvarjajo z uživanjem drog. V Luksemburgu in na Norveškem so psihiatrične službe uvedle posebne ukrepe, da bi dosegle posameznike z začetnimi stopnjami shizofrenije, od katerih imajo mnogi resne težave zaradi zlorabe snovi, saj raziskave kažejo, da zgodnje zdravljenje izboljša prognozo.

Češko nacionalno poročilo meni, da bi morali probleme odvisnosti navadno obravnavati kot bolj nujne od mentalnih problemov, saj je psihiatrične motnje težje zdraviti, kadar zasvojenost izkrivlja klinično sliko. Vendar v Češki republiki trenutno 10 %–20 % bolnikom, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od drog, zdravljenje z zdravili predpišejo psihiatri, kar bi bilo pred nekaj leti nepojmljivo. Tudi v Grčiji je pri osebah, ki se zdravijo zaradi odvisnosti od drog, zdravljenje psihiatričnih simptomov z zdravili izjemno redko. Vendar grški sistem kazenskega pravosodja daje prednost duševnim motnjam pred odvisnostjo in storilce kaznivih dejanj s komorbidnostjo sprejmejo v psihiatrično bolnišnico bodisi v zaporu ali v skupnosti (K. Matsa, osebno sporočilo, 2004). V Španiji običajno obravnavajo uživalce drog znotraj sistema za zdravljenje odvisnosti od drog. Napotitve v psihiatrične službe se izvajajo le, kadar so motnje tako hude, da je potrebno bolnišnično zdravljenje.

Nekateri strokovnjaki že dolgo menijo, da bi se bilo treba pri osebah, odvisnih od drog, izogibati vsakršni farmakoterapiji zaradi tveganja dvojne zasvojenosti, npr. heroinu in benzodiazepinom, vendar so to mnenje začeli spreminjati (npr. Popov, 2003). V nekaterih primerih obstaja težnja nediskriminatornega predpisovanja psihofarmakološkega zdravljenja uživalcem drog, do česar pride deloma tudi zaradi pomanjkanja časa za izvedbo potrebnih preiskav. Avstrijsko nacionalno poročilo poudarja, da nizka stopnja izpolnjevanja zahtev pri uživalcih drog oteži farmakološko zdravljenje psihiatričnih težav, poleg tega pa lahko hkratno uživanje narkotičnih snovi in zdravil, če ni ustrezno nadzorovano, povzroči medsebojno delovanje prepovedanih snovi in predpisanih zdravil ali nevtralizacijo delovanja predpisanega zdravila.

Vzporedno zdravljenje

Pri modelu vzporednega zdravljenja se zdi vzajemna odgovornost za posameznega bolnika med službo za duševno zdravje in službo za zdravljenje odvisnosti od drog v praksi zelo redka. Vendar so lokalne delovne skupine, ki vključujejo predstavnike služb za zdravljenje odvisnosti od drog in služb za duševno zdravje, pogosto pomemben posrednik pri izmenjavi, sodelovanju in povezovanju v mrežo. V Franciji, Italiji in na Nizozemskem uradni predpisi in protokoli nalagajo službam za zdravljenje odvisnosti od drog, da morajo tesno sodelovati in po možnosti skleniti formalne regionalne dogovore s

Tabela 8: Integrirane službe za zdravljenje odvisnosti od drog v različnih evropskih državah

Država	Integrirane službe za zdravljenje odvisnosti od drog.
Belgija	Razvoj integriranih služb v fazi izvršljivosti.
Nemčija	Prve pobude pred 20 leti. Razpoložljivost integriranega zdravljenja odvisnosti od drog je še danes nezadovoljiva.
Grčija	En integriran program se je začel leta 1995 in zagotavlja dve možnosti zdravljenja odvisnosti od drog glede na resnost psihiatričnih motenj. Rezultati so pozitivni.
Španija	Leta 2002 je 185 centrov skrbelo za 4 803 komorbidne bolnike. Ena specializirana integrirana enota v Kataloniji in ena terapevtska skupnost v Kantabriji za bolnike s komorbidnostjo, ki potrebujejo zdravljenje v stanovanjski skupnosti.
Nizozemska	Dva specializirana oddelka za integrirano zdravljenje s hospitalizacijo. Ocenjevanje procesa za razvijanje najboljše prakse je v teku.
Avstrija	Sodelovanje med službo za zdravljenje odvisnosti od drog in bližnjo psihiatrično bolnišnico; nekateri bolnišnični psihiatri delajo v zavodu za zdravljenje odvisnosti od drog. Odvisniki ostanejo na zdravljenju in so napoteni v bolnišnico le, če postanejo psihiatrični simptomi preveč resni.
Združeno kraljestvo	Več integriranih služb v različnih skupnostih. Imenovanih več zdravnikov, pristojnih za ugotavljanje dvojnih diagnoz, ki delajo v službah za zdravljenje odvisnosti od drog ali v skupinah za mentalno zdravje.
Norveška	En integriran projekt psihiatričnega centra v Oslu. Spremljanje in vrednotenje v obdobju do dveh let, ki se osredotoča na osnovne potrebe, kot so nastanitev, delo, socialne koristi in socialni odnosi.

psihiatričnimi službami glede postopkov napotitve in izmenjave kliničnih podatkov (Olin in Plaisait, 2003). Vendar je več kot polovica nizozemskih bolnikov z dvojno diagnozo prepričana, da taki sporazumi ne pripomorejo k izboljšanju zdravljenja (Van Rooijen, 2001).

V Luksemburgu in Avstriji lahko osebje enot za zdravljenje odvisnosti od drog spremlja svoje bolnike, ki so bili napoteni v psihiatrične bolnišnice. V smernicah Združenega kraljestva je poudarjeno, da bi morali strokovnjaki tako iz služb za zdravljenje odvisnosti kot iz služb za duševno zdravje sodelovati pri načrtovanju zdravljenja osebe z dvojno diagnozo, da bi lahko prednostno razvrstili poti zdravljenja (Department of Health (Ministrstvo za zdravje), 2002a).

Integrirano zdravljenje

Pri tem modelu ena skupina obravnava zdravljenje obeh motenj. Prednost takšnega dela je, da bolnik ne dobi dveh nasprotujočih si sporočil. V nekaterih državah posamezni upravni sistemi (npr. v Španiji) ali različni finančni sistemi (npr. v Nemčiji) otežujejo tako povezovanje.

V večini držav je le nekaj specializiranih integriranih programov ali enot za osebe s komorbidnostjo, ki še zdaleč ne zadoščajo povpraševanju, kakor je razvidno iz Tabele 8, ki prikazuje razpoložljive podatke.

Najbolj običajno izvajanje modela integriranega zdravljenja je zaposlitev psihiatrov v službah za zdravljenje odvisnosti od drog in/ali osebja za zdravljenje odvisnosti od drog v službah za duševno zdravje. To bi lahko bila najbolj praktična rešitev v manjših regijah, kjer specializirane integrirane klinike niso možna rešitev. V Španiji lahko od leta 2002 splošni zdravniki, ki se ukvarjajo z zdravljenjem odvisnosti od drog, pridobijo naziv "specialist psihiatrije", če opravijo izpit in imajo dokazila o izkušnjah pri delu z bolniki z duševnimi motnjami. Na Portugalskem je za akreditacijo in certificiranje centra za zdravljenje obvezno, da ima vsaj enega zaposlenega psihiatra. Vendar nimajo vsi psihiatri, ki delajo v službah za zdravljenje odvisnosti od drog, specialističnega znanja in usposobljenosti za zdravljenje uživalcev drog. Zato je zanje morda potrebno nadaljnje specializirano usposabljanje.

Vodenje primera

Zdi se, da v EU redko naletimo na vodenje primera kot metodo uskladitve bolnikovega zdravljenja, s katero bi mu zagotovili individualizirano zaporedno ali hkratno zdravljenje, ter na pomoč bolniku, da lahko v sistemu zdravljenja poišče rešitev zase. Iz Francije poročajo, da se vzpostavlja sodelovanje med službami za zdravljenje odvisnosti od drog in psihiatričnimi službami z namenom organiziranja skupnega sprejema in vodenja primera za bolnike s psihiatričnimi motnjami in oblikami odvisnosti. Vendar se tako sodelovanje pogosto omeji na posamičen primer. V Luksemburgu in na Nizozemskem strokovnjaki priznavajo, da je vodenje primera najbolj učinkovita metoda obravnave bolnikov z dvojno diagnozo. Ta metoda pa je draga in dolgotrajna ter zahteva posebne strokovne spretnosti. V nekaterih državah pa vendarle izvajajo določeno vrsto vodenja primera, poznano kot "usmerjeno zdravljenje v skupnosti" (glej spodaj).

Metode zdravljenja in najboljša praksa

Za zdravljenje oseb s komorbidnostjo so značilni mnogi problemi. Za osebje je to zelo zahtevno in pogosto ne prinaša zadovoljstva. Bolniki so zaradi svojega razdiralnega in nasilnega socialnega vedenja ter čustvene nestabilnosti mnogokrat težko obvladljivi, zlasti tisti s težjimi oblikami osebnostnih motenj. Upiranje pravilom in zahtevam zdravljenja ali njihovo neupoštevanje, na primer prihajanja na preglede ali jemanja zdravil, je razširjeno in zaradi nezadovoljivih osebnih odnosov povzroča še večje razočaranje. Uspeh je na splošno majhen in stopnja tistih, ki zapustijo program zdravljenja, visoka, kar povzroči, da je zdravljenje dolgotrajno in drago ter prinaša razočaranje osebju, ki, kar ne preseneča, pogosto občuti nepotrpežljivost, potlačeno nasilnost in simptome izgorelosti. Zaradi pomanjkanja postopkov nadaljnjega spremljanja in oskrbe po zdravljenju je stopnja ponovitve težav visoka in tako duševna motnja in motnja, povezana z zlorabo snovi, pogosto postaneta kronični. Po drugi strani so morda bolniki imeli mnoge slabe izkušnje s podpornimi službami in se morda zato upirajo zdravljenju, oziroma se niso pripravljeni zdraviti.

Kljub temu težkemu položaju si strokovnjaki nenehno prizadevajo poiskati in razviti bolj učinkovite pristope. Običajne interdisciplinarne razprave o primeru in dejavno sodelovanje bi lahko izboljšali medsebojno pomanjkanje razumevanja med osebjem. Takšna prizadevanja zagotavljajo vsem sodelujočim bolj podrobne podatke o bolnikih in omogočajo razvoj najboljše prakse ali strategij za oskrbo. Kakovost zdravljenja je najpomembnejši dejavnik za dosego dobrih rezultatov.

Kakor na mnogih področjih, povezanih z drogo, so dokumentacija, vrednotenje in raziskave na področju zdravljenja komorbidnosti zelo slabi. V evidenčnih podatkih še zdaleč ni jasno razvidno, katero zdravljenje je najbolj uspešno. Organizacija Cochrane Collaboration je pregledala programe psihosocialnega zdravljenja (Ley et al., 2003). Gradivo za pregled je bilo omejeno: šest študij, od katerih so bile štiri kratke, vse pa so bile na splošno slabše kakovosti glede oblike in poročanja. Glavna ugotovitev je bila, da "ni jasnih dokazov, ki bi govorili v prid neki vrsti programa zdravljenja zaradi zlorabe snovi pri tistih s hudo duševno boleznijo v primerjavi z vrednostjo standardne oskrbe". Obveljala je ugotovitev, da "bi moralo biti izvajanje novih specialističnih služb za zdravljenje zaradi zlorabe snovi pri tistih s hudo duševno boleznijo v sklopu preprostih, dobro načrtovanih kontrolnih kliničnih preizkusov".

Pri obsežnem pregledu mednarodnih raziskav o zdravljenju alkoholizma in odvisnosti od drog so izsledili le osem naključnih študij o zdravljenju odvisnikov od drog z hudimi psihiatričnimi motnjami (Jansson in Fridell, 2003). Pred začetkom zdravljenja jih je zelo veliko zapustilo program. Kratkoročno nadaljnje spremljanje je pokazalo, da je zdravljenje na oddelkih, posebno v terapevtskih skupnostih, zagotovilo boljše rezultate glede življenjskih pogojev in zlorabe snovi, ne pa glede psihiatričnih simptomov.

Nekaj značilnosti je skupnih vsem vrstam zdravljenja. Priporočila, ki so navedena spodaj, so vzeta iz pregledov in meta-analiz naključnih kontrolnih študij zdravljenja odvisnosti od drog, ki so bile mednarodno objavljene (Berglund et al., 2003):

1. Stalna osredotočenost na spreminjanje navade(navad) uživalcev drog.
2. Intervencije bi morale biti visoko strukturirane.
3. Intervencije bi se morale nadaljevati dovolj dolgo, da bi imele določen učinek.
4. Intervencija bi se morala nadaljevati še vsaj tri mesece, raje pa še dlje.

V Združenem kraljestvu se je v smernicah Ministrstva za zdravje (Department of Health, 2002b) in raziskovalnih projektih ter pregledih literature (npr. Crawford, 2001) dvojna diagnoza po pomembnosti pomaknila navzgor. Vendar izhajajo evidenčni podatki v glavnem iz Severne Amerike in vsebujejo manj kot 10 % Crawfordovih povzetkov študij iz Združenega kraljestva.

Glede na nizozemski pregled mednarodnih študij je asertivno zdravljenje v skupnosti potencialno učinkovit model vodenja primera, ki vključuje strukturni (obseg primera, skupinsko delo, sodelovanje z drugimi zdravstvenimi strokovnjaki), organizacijski (jasna merila vključitve, omejen sprejem novih oseb, 24-urno krizno posredovanje) in vsebinski vidik (pomoč in oskrbo v vsakodnevnih položajih, dejaven pristop, pogoste stike) (Wolf et al., 2002). V Birminghamu v Združenem kraljestvu se skupine za asertivno zdravljenje v skupnosti usposabljajo s pristopom uporabe priročnikov o kognitivno-vedenjskem integriranem zdravljenju. Skupine dobivajo stalno pomoč pri posredovanju in so ocenjene glede na postopek in izid (Skupni sestanek sekcije za zlorabo snovi Kraljevega koledža za psihiatrijo in Svetovnega združenja psihiatrov – Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association. 2003). Na Norveškem testirajo nekaj integriranih skupin, ki temeljijo na asertivnem zdravljenju v skupnosti.

Naslednji pregled vsebuje podatke o najboljši praksi, ki so jih sporočili iz nacionalnih kontaktnih točk Reitox:

- Študija nadaljnjega spremljanja 219 oseb, odvisnih od opiatov, ki so bile na zdravljenju v hamburških službah za zdravljenje odvisnosti od drog, je pokazala, da se je v zadnjih dveh letih zmanjšalo uživanje heroina in kokaina; pri sedeminštiridesetih odstotkih se je pokazala pozitivna sprememba glede psihiatričnih motenj (Krausz et al., 1999).
- Italijanska študija je pokazala, da se rezultati vzdrževalnega zdravljenja z metadonom niso mnogo razlikovali pri bolnikih s hujšimi ali milejšimi psihiatričnimi simptomi v smislu vzdrževanja ali uživanja heroina. Vendar se zdi, da osebe s hujšimi psihiatričnimi motnjami potrebujejo večje povprečne odmerke metadona (Pani et al., 2003).
- Dialektična vedenjska terapija ([173]) je oblika zdravljenja, ki se zdi posebno primerna za uživalke prepovedanih snovi s hudo obliko mejne osebnostne motnje in/ali samomorilnimi težnjami. Podatki so žal omejeni le na nekaj študij. Nizozemski kontrolni preskus dialektične vedenjske terapije je pokazal, da sta tako poskusna skupina kot skupina v običajni obliki zdravljenja imeli koristi, saj se je pri obeh pokazalo zmanjšanje samouničevalnega vedenja. Pri poskusni skupini se je pokazalo občutno zmanjšanje uživanja alkohola, vendar nespremenjeno uživanje drog (Van den Bosch et al., 2001).
- V švedski študiji je bilo na podlagi ponavljajočega razdeljevanja vprašalnika ASI v celotnem obdobju zdravljenja po modelu trajnega kakovostnega upravljanja ugotovljeno, da je bilo nadaljnji dve leti po odpustu 46 % bolnikov vzdržnih. Pri bolnikih z dvojno diagnozo so se pokazale hujše težave pri merjenju ASI kot pri bolnikih brez psihoze. Na splošno so bile majhne spremembe glede osebnostih značilnosti in simptomov, vendar se je med nadaljnjim spremljanjem mnogim bolnikom izboljšala kakovost življenja in njihove življenjske razmere so bile bolj stabilne (Jonsson, 2001).
- V Združenem kraljestvu so ugotovili, Barrowclough et al. (2001), da se s kombinacijo motivacijskega razgovora, kognitivno-vedenjske terapije in posredovanja družine izboljša stanje bolnikov s shizofrenijo in motnjami, povezanimi z zlorabo snovi.
- V pregledu norveških študij zdravljenja bolnikov s komorbidnostjo je bilo ugotovljeno, da se nasilno, impulzivno vedenje najboljše zdravi s konfrontacijsko strukturirano skupinsko terapijo v kombinaciji z družinsko terapijo. Na bolnike z depresijo ali anksioznostjo je bolje vplivala individualna psihoterapija in terapija v podporni skupini (Vaglum, 1996).

Raziskave

Pred kratkim se je začel raziskovalni projekt o dvojni diagnozi znotraj Petega okvirnega raziskovalnega in razvojnega programa Evropske komisije. Namen te prihodnje študije iz več centrov, ki vključuje Dansko, Francijo, Poljsko, Škotsko, Anglijo in Finsko, je opisati zagotavljanje storitev za bolnike z dvojno diagnozo v sedmih evropskih psihiatričnih okoljih ter v obdobju 12 mesecev primerjati obolevnost in uporabo storitev pri bolnikih z dvojno diagnozo in bolnikih z eno diagnozo. Preučeni rezultati bodo zajemali stopnjo odvisnosti, psihiatrične simptome, izpolnjevanje zahtev pri zdravljenju, psihosocialno delovanje, socialno mrežo, ponovitev težav in umrljivost. Rezultati se pričakujejo v letu 2005 ([174]).

Usposabljanje

V večini držav zdravniki in medicinske sestre med usposabljanjem pridobijo zelo malo znanja o zasvojenosti z drogami in še manj o komorbidnosti. V Italiji se je povečalo skupno usposabljanje osebja iz služb za duševno zdravje in osebja iz služb za zdravljenje odvisnosti od drog. Na Nizozemskem Inštitut Trimbos organizira tečaje usposabljanja za strokovnjake tako iz služb za zdravljenje odvisnosti kot iz služb za duševno zdravje, ki se ukvarjajo z zdravljenjem bolnikov z dvojno diagnozo. Druge države poročajo o tečajih usposabljanja pri delu, vendar je njihovo izvajanje organizirano naključno in neenotno.

V Združenem kraljestvu so se na Royal College of Psychiatry (Kraljevem koledžu za psihiatrijo) lotili analize potreb po usposabljanju (Mears et al., 2001) z različnimi strokovnimi skupinami iz služb za duševno zdravje in služb za zdravljenje odvisnosti od drog. Petinpetdeset odstotkov vzorca je odgovorilo, da se počutijo nezadostno pripravljeni za delo z bolniki s komorbidnostjo, in so izrazili potrebo po nadaljnjem usposabljanju.

([173]) Dialektična vedenjska terapija (DVT) pomeni uporabo širokega spektra kognitivnih in vedenjskih terapevtskih strategij pri problemih mejnih osebnostnih motenj (MOM), vključno s samomorilnim vedenjem.

([174]) Glej stran http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf.

Literatura in viri

Abdulrahim, D. (2001), *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services*, The Health Advisory Service: London.

Andreasen, J. (2002), Ansvaret for de psykotivke stofmisbrugere skal vara psykiatriens. *Ugeskrift for læger*, 51.

AST/RELIS (2002), Point Focal OEDT Luxembourg – Direction de la santé. Réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies – RELIS – Rapport national, PFN: Luxembourg.

Bakken, K., Landheim, S. in Vaglum, P (2003), Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism* 38, str. 54–9.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., et al. (2001), Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 158, str. 1706–13.

Baudis, R. (2004), A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany. Conference's Acts: Substance Abuse, Drug Courts and Mental Health Treatment Services, Servizi Area Penale Carceri, Milano, 5.–7. februar 2004.

Beck, F. (2003), *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (draft report), ESCAPAD, OFDT: Pariz

Beck, F. in Legleye, S. (2003), *Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans évolutions récentes*, ESCAPAD 2002, Pariz: OFDT

Benschop, A., Rabes, M. in Korf, D. (2002), *Pill testing – ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*, Rozenberg Publishers: Amsterdam.

Berglund, M. et al. (ed.) (2003), *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review*, Wiley: London.

Berthel, T. (2003), Psychiatrische Komorbidität. In: Beubler, E., Haltmayer, H. in Springer, A. (eds) *Opiatabhängigkeit. Interdisciplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Dunaj.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., et al. (2000), Overdosing on opiates. Thematic review. Part I – causes. *Drug and Alcohol Findings*, št. 4, str. 4–20.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D., et al. (2001), Overdosing on opiates. Thematic review. Part II – prevention. *Drug and Alcohol Findings*, št. 5, str. 4–18.

Beutel, M. (1999), Sucht und sexueller Missbrauch. *Psychotherapeut* 44, str. 313–19.

Bird, S. in Rotily, M. (2002), Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons. *Howard Journal* 41 (2).

Bovenkerk, F. in Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*. Utrecht: Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen.

Bronisch, T. in Wittchen, H.-U. (1998), Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen. *Suizidprophylaxe* 1, str. 22–6.

Chinman, M., Imm, P. in Wandersmann, A. (2004), *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*, RAND Corporation: Santa Monica.

CND (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat*, Združeni narodi, Ekonomsko-socialni svet: Dunaj.

Commonwealth Department for Health and Ageing (2003), National Co-morbidity Project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings, Avstralija: Canberra.

Crawford, V. (2001), *Co-existing problems of mental health and substance misuse ('dual diagnosis'): a review of relevant literature*, Royal College of Psychiatrists: London.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., et al. (2004), Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, *Health Policy for Children and Adolescents*, No.4, Geneva: WHO Europe.

Deehan, A. in Saville, E. (2003), *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England*, Home Office Online Report 43/03.

Department of Health (2002a), *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*, Department of Health (Ministrstvo za zdravje): London.

Department of Health (2002b), *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services. Full report for consultation*, Department of Health (Ministrstvo za zdravje): London.

Dialog (2000), *Jahresbericht 1999*. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige, Dunaj.

Dolan, K. (1997–98), Evidence about HIV transmission in prisons. *Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter* 3-4, str. 32–8.

Dolan, K., Rutter, S. in Wodak, A. D. (2003), Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 98, str. 153–8.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., et al. (1998), Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 24, str. 589–608.

DrugScope (2004), *Druglink* 19 (1) jan./feb. 2004.

Dusenbury, L. in Falco, M. (1995), Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* 65, str. 420–5.

Eland, A. in Van de Glint, G. (2001), Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg, Trimbos Instituut: Utrecht.

EMCDDA (2001), Cocaine and crack (special issue). In *Annual report 2001: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami: Lizbona.

EMCDDA (2003a), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami: Lizbona.

EMCDDA (2003b), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami: Lizbona.

EMCDDA (2003c), *Drugs in focus no. 11: Hepatitis C: a hidden epidemic*, Evropski center za spremljanje drog in odvisnosti: Lizbona.

EMCDDA (2003d), *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand – meeting with International organisations*, Lizbona, 24. junija 2003 (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881).

EMCDDA (2004a), *European report on drug consumption rooms*, Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami: Lizbona.

EMCDDA (2004b), *Drugs in focus no. 13: Deaths*. Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami: Lizbona.

EMCDDA (2004c), *An overview of cannabis potency in Europe, EMCDDA Insights 6*. Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami: Lizbona.

EMCDDA (2004d), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EMCDDA Monographs 7*. Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami: Lizbona.

Emmanuelli, J. (2003), Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv. V: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M., et al. (eds) *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, str. 263–7. OFDT: Pariz.

Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M. D., et al. (2001), Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid. *European Journal of Epidemiology* 17, str. 573–80.

European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS (EuroHIV) (2004), HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, No. 70. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire.

Evropska komisija (1999), *Evaluating socio-economic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms*, Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti: Luxembourg.

Evropska komisija (2003), *Evaluating EU activities – a practical guide for Commission Services*, Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti: Luxembourg.

Europol (2002), *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective*, Europol: Haag.

Europol (2003), *European Union organised crime report*, Europol: Haag.

Facy, F. (1999), *Toxicomanes et prescription de méthadone*, EDK: Pariz.

Farrell, M. (2002), *Final Evaluation of the Pilot Drug Court*, Courts Service: Dublin. FATF (2003a), *Annual report 2002–2003* (http://www.fatf-gafi.org).

FATF (2003b), *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices*, FATF: Pariz.

Flay, B. (2000), Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours* 25, str. 861–6.

Fridell, M. (1991), *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysnings (CAN), Stockholm.

Fridell, M. (1996), Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare. SoS-rapport 1996: 14, Socialstyrelsen: Stockholm.

Gerdner, A. (2004), *Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittilsvarande studier*. Bilaga 4 till LVM-utredningen, SOU 2004: 3 Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård, Socialdepartementet: Stockholm.

Sekretariat GFATM (2004), *The Global Fund Grant status report* (http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls).

Giuliani, M. in Suligoi, B. (2004), Italian STI Surveillance Working Group. Differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Diseases* 31(2), str. 79–84.

Gore, S. M. (1999), Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy or heroin. *Lancet* 354, str. 1265–6.

Hall, W., Degenhardt, L. in Lynskey, M. (2001), *The health and psychological effects of cannabis use*, Monografija, serijska št. 44, 2. izdaja, Avstralija: Canberra.

Hannon, F., Keleher, C. in Friel, S. (2000). *General healthcare study of the Irish prison population* Stationery Office: Dublin.

Hansen, W. (1992), School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Education Research* 7, str. 403–30.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., et al., (2000), *The 1999 ESPAD Report: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe, Pompidou Group.

Hope, V., Ncube, F., de Souza, L., et al. (2004), Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002. Eurosurveillance Weekly: 8(4): 22. januarja 2004 (http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp).

INCB (2004a), *Report of the International Narcotics Control Board 2003*, Združeni narodi, INCB: New York.

INCB (2004b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, Združeni narodi, INCB: New York (http://www.incb.org).

Interpol (2002), *Activities report*, Interpol: Lyon.

Jansson, I. in Fridell, M. (2003), Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden, SiS-rapport 1/03. Statens Institutionsstyrelse: Stockholm.

Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association (2003, Innovations in the treatment of addiction, Barcelona, 1. – 2. maj 2003.

Jonsson, S. (2001) Långstorps vård- och behandllingshem – En ufallsstudie. *Psykologexamensuppsats* Zvezek III:20, Institutionen för psykologi: Lund

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola S., Andrade L., et al. (2001), Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys, *Psychiatrica Fennica* 32, str. 62–79.

Kokkevi, A. in Facy, F. (1995), Personality traits and psychopathology in drug addiction. *European Addiction Research* 1, str. 194–8.

Kokkevi, A. in Stefanis, C. (1995), Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry* 36, str. 329–37.

Kraus, L., Augustin, R., Korf, D., et al. (2003), Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age? (poročilo).

Krausz, M. (1996), Old problems – new perspectives. *European Addiction Research* 2, str. 1–2.

Krausz, M. (1999), Editorial. Addiction and mental health. *European Addiction Research* 5, str. 53–4.

Krausz, M. (1999), Komorbidität – Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen. V: Bellebaum, C., Jellinek, C. in Westermann, B. (eds) *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, str. 100–14. Deutscher Studienverlag: Weinheim.

Krausz, M., Verthein, U. in Degkwitz, P. (1999), Psychiatric co-morbidity in opiate addicts. *European Addiction Research* 5, str. 55–62.

Landheim, A. S., Bakken, K. in Vaglum, P. (2003), Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics, *European Addiction Research* 9, str. 8–17.

Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. in Arner, O. (1997), A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, str. 43–63.

Ley, A., Jeffery, D. P., McLaren, S. in Siegfried, N. (2003), Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, št. 4, Wiley: Chichester, Velika Britanija.

Liappas, J. (2001), Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem. *Itaca* 6, str. 9–22.

Lima, A. R., Lima, M. S., Soares, B. G. O. in Farrell, M. (2004a), Carbamazepine for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, št. 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm).

Lima, M. S., Reisser, A. A. P., Soares, B. G. O., Farrell, M. (2004b), Antidepressants for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, št. 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm).

Long, J., Allwright, S. in Begley, C. (2004), Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, v tisku.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., et al. (2000), Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment outcome study. *British Journal of Psychiatry* 176, str. 285–9.

McIntosh, C. in Ritson, B. (2001), Treating depression complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment* 7, str. 357–64.

McVeigh, J., Beynon, C. in Bellis, M. A. (2003), New challenges for agency based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991–2001) in Merseyside and Cheshire, Velika Britanija. *International Journal of Drug Policy* 14, str. 399–405.

Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S., et al. (2001), *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis*, Royal College of Psychiatrists: London.

Migliori, G. B. in Centis, R. (2002), Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries. *Monaldi Archive of Chest Diseases 57*, str. 285–90.

Morel, A. (1999), Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie, *Interventions* 72, str. 35–40.

Moyle, P. (2003), *International drug court developments, models and effectiveness*, Pompidou Group Drug Court Project: Strasbourg.

Murphy-Lawless, J. (2002), *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities*, Liffey Press: Dublin.

Murray, R., Grech, A., Phillips, P. in Johnson, S. (2003), What is the relationship between substance abuse and schizophrenia? V: Murray, R., Jones, P., Susser, E., et al. (eds), *The epidemiology of schizophrenia*, Cambridge University Press: Cambridge.

Neale, J. in Robertson, M. (2004), Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11(1), str. 79–90.

Nestler, E. J. (2001), Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature Reviews Neuroscience* 2(2):119–28.

Öjehagen, A. in Schaar, I. (2003) Mentally ill substance abusers in Sweden: a 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities. V: Carrà, G. in Clerici, M. (eds) *Dual diagnosis: filling the gap*, John Libbey Eurotext: Pariz.

Olin, N. in Plasait, B. (2003), *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquęte sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites*, Sénat: Pariz.

Origer, A. in Delucci, H. (2002), *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999–2000)*, Séries de recherche no. 3, Point focal OEDT Luxembourg-CPR Santé: Luxembourg.

Paglia, A. in Room, R. (1999), Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20(1), str. 3–50.

Pani, P. P., Trogu, E., Carboni, G., et al. (2003), Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems* 5, str. 23–36.

Pedersen, M. U. (2001), Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Århus.

Popov, P. (2003), Alkohol. In: Kalina, K. a spol. (ed.) *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Praha: Úřad vlády ČR – NMC.

Ravelli, A., Bijl, R. V. in Van Zessen, G. (1998), Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, str. 531–44.

Nacionalna poročila Reitox – Reitox national reports (2003) (http://www.emcdda.eu.int//?nnodeid=435).

Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003), Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, str. 303–29.

Roeg, D. P. K., van de Goor, L. A. M. and Garretsen, H. F. L. (2004), When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style. *Drugs and Alcohol Today* , Vol 4 (v tisku).

Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L., et al. (1999), Co-abuse of opiates and benzodiazepines. *Irish Journal of Medical Science* 168, str. 36–41.

SAMHSA, Office of Applied Studies (2001), *Trends in initiation of substance use*, 2001 National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA).

SAMHSA, Office of Applied Studies (2002), *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. National findings* (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm).

Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J., et al. (2003), Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996–2002. *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* 18, str. 519–24.

Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J., et al. (2000), Cocaine misuse treatment in England. International *Journal of Drug Policy* 11, str. 203–15.

Siliquini, R., Zeppegno, P. in Faggiano, F. (2002), Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso–controllo. V: Faggiano, F. (ed.) *OED Piemonte – Rapporto 2002*, Torino: Osservatorio Epidemiologico Dipendenze.

Sosial- og helsedepartementet (1999), *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmisbrukarar.*

Springer, A. (2003a), *Different types of medically assisted treatment.* Treatment monitoring conference, EMCDDA, Lizbona.

Springer, A. (2003b), Psychotherapeutische Aspekte. In: Beubler, E., Haltmayer, H. in Springer, A. (eds) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Dunaj.

Stothard, B. in Ashton, M. (2000), Education's uncertain saviour. *Drug and Alcohol Findings* 3, str. 4–7, 16–20.

Stöver, H. (2001), Bestandsaufnahme 'Crack Konsum' in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht. Bremen: University of Bremen, Institute for Drugs Research (BISDRO).

Stöver, H. in Nelles, J. (2003), Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 14, str. 437–44.

Ter Bogt, T. in Engels, R.C.M.E. (2004). Party style: notice for and effects of MDMA at Rave parties. *Substance Use and Misuse (v tisku).*

Tobler, N. (2001), Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings*, Issue 5, pp. 25–7.

Tobler, N. in Stratton H. H. (1997), Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* 18(1), str. 71–128.

Tobler, N. S., Roona, M. R. in Ochshorn, P. (2000), School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 20: str. 275–336.

Uchtenhagen, U. in Zeiglgänsberger, W. (2000), *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management,* Urban & Fischer Verlag: München.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime (Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih): Dunaj.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime (Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih): Dunaj.

UNODC in maroška vlada (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime (Urad za droge in kriminal pri Združenih narodih): Dunaj.

UNODCCP (United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention) (2000), *Demand reduction: a glossary of terms*, Združeni narodi: New York

Vaglum, P. (1996) Psychopathology and substance abuse: clinical Lessons from six Norwegian Studies. *Psychiatric Fennica* 27: 55–67.

Van den Bosch, L. M., Verheul, R. in Van den Brink, W. (2001), Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders* 15, str. 416–24.

Van Rooijen, M. (2001), Zendingswerk: dubbele diagnose klinik. *Psy* 5, str. 24–8.

Verheul, R. (2001), Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry* 16, str. 274–82.

WCO (2003a), *Drug routes from Central Asia to Europe* (na voljo na spletni strani WCO: http://www.wcoomd.org).

WCO (2003b), An integrated international response to drug smuggling, WCO: Bruselj.

WCO (2003c), *World money laundering report,* zvezek 4, št. 10.

Weaver, T., Madden, P., Charles, V., et al. (2003), Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* 183, str. 304–12.

WHO (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, WHO: Ženeva.

Wiessing, L. in Kretzschmar, M. (2003), Can HIV epidemics among IDUs 'trigger' a generalised epidemic? *International Journal of Drugs Policy* 14, str. 99–102.

Williams, H., O'Connor, J. J. in Kinsella, A. (1990), Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance. *Irish Journal of Psychological Medicine* 7, str. 45–6.

Wolf, J., Mensink, C. in Van der Lubbe, P. (2002), *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect* Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid: Utrecht.

Zuckerman, J. (2003), The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations. *Drugs* 63, str. 1779–84.

Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P. in Verthein, U. (2001), *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten* Lambertus: Freiburg

Nacionalne kontaktne točke Reitox

Belgique/België
Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Česká republika
Secretariat of the National Drug Commission Office of the Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tel. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Danmark
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland
DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Eesti
National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tel. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

Ελλάδα/Greece
Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efesiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia
Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Κύπρος (Cyprus)
Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Magnolia Centre, Offices 11–12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tel. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general matters)

Latvija
The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment (Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tel. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

Lietuva
Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

Luxembourg
Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Magyarország
National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

Malta
Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

Nederland
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 — Postbus 725
3500 AS Utrecht
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich
ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Polska
National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROSŁAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

Slovenija
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Slovensko
Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk, alojz.nociar@vlada.gov.sk

Suomi/Finland
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige
Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne
Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

Norge
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
N-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

Bălgarija
National Centre for Addictions
117, Pirotska Str.
BG-1303 Sofia
Momtchil VASSILEV
Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047
E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

România
National Anti-drug Agency
37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3
RO-Bucharest
Angela PANTEA
Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706
Fax (40-21) 326 47 87
E-mail: angelapantea@yahoo.com

Türkiye
TADOC Müdürlüðü
Necatibey Cd. No:108
TR-Anýttepe/Ankara
Ylhami HÜNER
Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05
E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami, 2004

Letno poročilo 2004: O stanju na področju drog v Evropski uniji in na Norveškem

Luxembourg: Urad za uradne publikacije Evropskih skupnosti
2004 – 113 str. – 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-214-4

PRODAJA IN NAROČANJE

Plačljive izdaje publikacij Urada za publikacije so na voljo na prodajnih mestih povsod po svetu.

Kako se lahko naročim na publikacijo?

Svoje naročilo lahko pošljete prodajnemu mestu, ki ste si ga izbrali s seznama prodajnih mest.

Kje lahko dobim seznam prodajnih mest?

- Obiščite spletno stran Urada za publikacije: http://publications.eu.int/
- ali naročite izvod seznama prek faksa št. (+352) 2929-42758.

16 17 5 TD-AC-04-001-SL-C

O Evropskem centru za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami

Evropski center za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (EMCDDA) je ena izmed decentraliziranih agencij Evropske unije. Ustanovljen je bil leta 1993 s sedežem v Lizboni in je osrednji vir celovitih informacij o drogah in odvisnosti od drog v Evropi.

Center zbira, analizira in razširja objektivne, zanesljive in primerljive informacije o drogah in odvisnosti od drog. Tako svojemu občinstvu zagotavlja z dokazi podprto sliko pojava drog na evropski ravni.

Publikacije Centra so primarni vir informacij za širok krog občinstev, vključno z oblikovalci politik in njihovimi svetovalci, strokovnjaki in raziskovalci, ki so dejavni na področju drog, in, s širšega vidika, mediji in javnostjo.

Letno poročilo predstavlja letni pregled pojava drog v državah članicah EU in na Norveškem s strani Centra in je najpomembnejša referenca za vse, ki iščejo najnovejše ugotovitve o drogah v Evropi.

Urad za publikacije
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-214-4
9 789291 682140